



Universidad  
de Alcalá

# **INTERPRETACIÓN SANITARIA: CONDUCTA PARA TRATAR PACIENTES EN RIESGO DE EXCLUSIÓN POR SU NEURODIVERGENCIA O IDENTIDAD DE (TRANS)GÉNERO.**

## ***MEDICAL INTERPRETING: GUIDELINES TO TREAT PATIENTS AT RISK OF EXCLUSION FOR THEIR NEURODIVERGENT STATUS OR (TRANS)GENDER IDENTITY.***

Trabajo de Fin de Máster  
Facultad de Filosofía y Letras  
CURSO 2022-2023

**Máster Universitario en Comunicación Intercultural,  
Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos**

Presentado por:  
**D. ÁNGEL GARCÍA MORALES**

Dirigido por:  
**Dra. D<sup>a</sup> RAQUEL LÁZARO GUTIÉRREZ**

**Alcalá de Henares, a 31 de mayo de 2023**

## ÍNDICE

Resúmenes .....	3
1. Introducción .....	5
2. Marco teórico .....	7
2.1. ¿Por qué es necesario considerar específicamente a estos grupos de personas y potenciales pacientes? .....	7
2.1.1. Neurodivergencias .....	8
2.1.2. Identidad de (trans)género .....	16
2.1.3. Interpretación y mediación intercultural en el ámbito sanitario .....	21
3. Metodología .....	31
4. Análisis empírico de los distintos códigos deontológicos. ....	34
4.1. Resumen y explicación de los códigos deontológicos elegidos .....	35
4.2. Resumen y explicación del Código de deontología médica español .....	55
4.3. Contraste empírico de los códigos deontológicos y literatura analizados en el marco teórico. ¿Cómo nos sirve esto para la interpretación sanitaria en España? .....	61
5. Propuesta de principios básicos deontológicos para intérpretes o mediadores interculturales adaptados al sistema sanitario español .....	75
5.1. Propuesta .....	77
6. Conclusión .....	84
7. Bibliografía .....	90

## **Resúmenes**

La interpretación y mediación intercultural en los servicios públicos, y más bien en los servicios sanitarios, es una labor profesional y social que requiere de mucha preparación y formación específica para poderse llevar a cabo de manera satisfactoria en España. Esto se debe a que pueden darse situaciones de todo tipo al ejercer en este ámbito, tantas como pacientes. Sin embargo, es una profesión que, en España, carece de un código ético de conducta específico que ayude a los intérpretes o mediadores a saber cómo actuar en cada caso. Por lo tanto, el objetivo de nuestro estudio era llegar a elaborar de manera breve y específica una propuesta de principios deontológicos básicos que nos ayudaran a tratar con dos grupos de personas y potenciales pacientes muy marginadas y excluidas por el sistema: las personas neurodivergentes y las transgénero. Partiendo de esta premisa, nos fue necesario revisar los códigos deontológicos de otros países como Estados Unidos o Irlanda del Norte, a los que llegamos a través de la herramienta de búsqueda Google mediante el uso de palabras clave en español como “código deontológico” e “interpretación sanitaria”. Una vez revisados estos estándares de práctica, lo comparamos con el Código de deontología médica española y llegamos a la idea de que la conducta de los proveedores de servicios sanitarios con los pacientes era muy similar a la de los intérpretes y mediadores. Por lo tanto, investigamos sobre los temas en que queríamos especializarnos, arriba mencionados, y descubrimos que, efectivamente, estas personas presentaban necesidades específicas que al no ser atendidas tenían consecuencias fatales; así como recalcamos la importancia vital de la interpretación sanitaria. Finalmente, llegamos a la propuesta basada en los principios deontológicos básicos para la interpretación sanitaria (autonomía, confidencialidad, veracidad, imparcialidad, profesionalidad y abogacía), específica en estos grupos de personas, que incluían la utilización de pictogramas o la creación a consciencia de un entorno seguro y respetuoso, así como la adaptación sensorial del espacio sanitario requerida por algunos de ellos. Llegamos a la conclusión de que sería muy complicado que los pacientes migrantes optaran a estas medidas sin ayuda de un mediador/intérprete, cayendo de nuevo en la relevancia de esta figura.

**Palabras clave:** servicios públicos, interpretación sanitaria, mediación intercultural, neurodivergencia, transgénero.

Interpreting and intercultural mediation in public services, and more specifically in health services, is a professional and social task that requires a great amount of preparation and

specific training to be carried out satisfactorily. This is due to the fact that all kinds of situations may arise in this field, as many as there are patients. However, it is a profession that lacks a specific ethical code of conduct to help interpreters or mediators know how to act in each case in Spain. Therefore, the goal of our study was to come up with a brief and specific proposal of basic ethical principles that would help us to deal with two groups of people and potential patients who are very marginalised and excluded by the system: neurodivergent people and transgender people. Starting from this premise, it was necessary for us to review the codes of ethics of other countries such as the United States or Northern Ireland, which we found through the Google search tool by using keywords such as "code of ethics" and "health interpretation" in the Spanish language. Once we reviewed these standards of practice, we compared them with the Spanish Code of Medical Ethics and came to the conclusion that the conduct of healthcare services providers with patients was very similar to that of interpreters and mediators. Therefore, we researched the topics we wanted to specialise in, mentioned above, and discovered that these groups, indeed, had specific needs which, if not addressed, had fatal consequences; and we stressed the vital importance of healthcare interpreting. Finally, we arrived at the proposal based on the basic deontological principles for healthcare interpreting (autonomy, confidentiality, veracity, impartiality, professionalism and advocacy), specific to these groups of people, which included the use of pictograms or the conscious creation of a safe and respectful environment, as well as the sensory adaptation of the healthcare space required by some of them. We came to the conclusion that it would be very difficult for migrant patients to opt for these measures without the help of a mediator/interpreter, again underlining the importance of this figure.

**Keywords:** public services, medical interpreting, intercultural mediation, neurodivergence, transgender.

## 1. Introducción

La interpretación y la mediación intercultural en el ámbito sanitario suele llevar consigo una serie de responsabilidades para, junto al personal profesional médico, poder así garantizar el bienestar, la integridad y la salud de los pacientes. Sin embargo, pueden darse situaciones desfavorables para aquellos pacientes que no encajen por completo en lo que se espera o asume de ellos. Esto puede deberse tanto a aspectos identitarios o socioculturales como pueden ser la identidad de género (tomando el género neutro o no binario como ejemplo, una realidad en la lengua inglesa, con los pronombres *they/them*, que no tiene un equivalente “oficial” en la española) o neurodivergencias (como el Trastorno del Espectro Autista, con una gran variedad de experiencias diferentes). Es posible que en un sistema modelado por y para un tipo determinado de personas, haya otras con realidades diferentes que puedan estar en riesgo simplemente porque no se han llegado a considerar o se han desestimado por completo debido a barreras culturales o del idioma.

Para garantizar un servicio de interpretación o de mediación intercultural de calidad, es necesaria la elaboración de unos códigos éticos de conducta, o códigos deontológicos, que recojan las normas éticas y morales a tener en cuenta a la hora de ejercer nuestra profesión. Según la Real Academia Española, un código deontológico es el “conjunto de preceptos que tipifican las infracciones y las sanciones relacionadas con el ejercicio de una determinada profesión”. Sin embargo, a pesar de ser de vital importancia, la interpretación y mediación intercultural en el ámbito sanitario no está reconocida como una profesión. Esto conlleva la falta de un código ético de conducta a nivel nacional que regule y proporcione un modelo de actuación ante determinadas situaciones que podamos encontrarnos como profesionales que están en constante contacto con pacientes de diferentes países, culturas e identidades, junto a un profesional médico que puede no estar a la altura de lo que requiere el intercambio comunicativo porque no haya recibido dicha formación específica.

Por consiguiente, la idea principal de este proyecto sería resolver la siguiente cuestión: el papel y la conducta del intérprete o mediador intercultural en el ámbito sanitario ante situaciones que puedan ser desfavorables para el paciente por razones socioculturales o de identidad de género, o por posibles neurodivergencias. En consecuencia, este trabajo va a estar dividido de la siguiente manera: en primer lugar, se expondrá un marco teórico para explicar en qué se basa este trabajo. En este apartado se

analizará literatura concerniente a la situación de los pacientes neurodivergentes o cuya identidad de género trans o no binaria pueda ser un factor que lleve a la discriminación, especificando en el papel que juega el lenguaje, ya que el uso de la neutralidad en el lenguaje es crucial para la inclusión de diversos grupos de personas en lo que se considera la norma, la cis-heterosexualidad. Asimismo, se tomará la opinión de varios individuos neurodivergentes o muy cercanos a esta realidad para revisar las posibles dificultades que pueden encontrarse. Esto se debe a que es necesario partir de una base teórica para proponer unos principios éticos de conducta prácticos.

En segundo lugar, se explicará brevemente la metodología seguida para llevar esto a cabo, habiendo buscado dichos códigos éticos de varios países de habla inglesa, como Estados Unidos o Irlanda del Norte; además, se necesitará literatura de expertos en el campo médico y social para poder apoyar las propuestas que se realizarán. Toda esta recopilación de información y artículos se llevará a cabo a través de la herramienta de búsqueda “google académico” y la biblioteca virtual de la Universidad de Alcalá, “e\_Buah”, además hacer uso de manuales como el “DMS-5”, especializado en psiquiatría. Si se necesitara definir términos, se usarán diccionarios oficiales de la lengua. En tercer lugar, se revisarán los diferentes códigos éticos de conducta elegidos, para así ver desde dónde partimos y poder posteriormente contribuir a la creación de uno adaptado al sistema sanitario español y que tenga en cuenta los factores socioculturales e identitarios de los pacientes potenciales cuyo bienestar pueda verse afectados; a continuación, se llevará a cabo la comparación empírica de los códigos deontológicos analizados en el marco teórico para la posterior propuesta de principios deontológicos básicos a considerar, incluyendo a los mencionados pacientes en riesgo de exclusión o de sufrir negligencia médica. En cuarto y último lugar, se resumirá lo que se ha llevado a cabo en el proyecto, así como se llegará a las conclusiones del mismo; además, se harán propuestas para futuros trabajos de investigación que puedan estar relacionados con este.

Antes de seguir con este proyecto, es necesario definir un par de conceptos que van a ser mencionados a lo largo del mismo: neurodivergencia e identidad de género trans y no binario. El primero, según un artículo de BBC News Mundo en 2020, “se refiere a las personas que tienen condiciones como dislexia, dispraxia, déficit atencional con hiperactividad (TDAH) o que pertenecen al espectro autista”. El segundo concepto se puede entender según la explicación dada en un artículo del CNN Español en 2021: si

entendemos que “la identidad de género es un componente del género que describe el sentido psicológico de una persona sobre su género”, entonces

“el género no binario es un concepto utilizado para describir a una persona cuya identidad de género no es ni hombre ni mujer. Y aquí es fundamental entender la diferencia entre género y sexo. El género se refiere a las actitudes, sentimientos y comportamientos que una cultura asocia al sexo biológico de una persona ... En otras palabras, el género es una construcción social y una identidad social”.

Por lo tanto, al posiblemente tratar eventualmente con estas realidades en el ámbito sanitario, y al ser un derecho humano universal garantizar una atención sanitaria justa y de calidad, es nuestra obligación como intérpretes o mediadores interculturales asegurar que estos pacientes sean tratados no igual que los demás, sino de manera equitativa en un servicio público como es la sanidad en España.

## **2. Marco teórico**

Como hemos introducido en el anterior apartado, este trabajo va a tener una base teórica compuesta por la literatura que otros profesionales y académicos en el ámbito sanitario, incluidos intérpretes y mediadores interculturales, han ido desarrollando a lo largo de los años. Esta literatura abordará temas como las neurodivergencias y la identidad de género trans y no binario, así como la interpretación sanitaria y la necesidad de la deontología en este ámbito, para poder construir una base teórica y real que apoye y demuestre que la propuesta de principios básicos deontológicos para la interpretación o mediación intercultural sanitaria a la hora de atender al grupo determinado de posibles pacientes que estamos teniendo en cuenta es tan importante como necesaria.

### **2.1.¿Por qué es necesario considerar específicamente a estos grupos de personas y potenciales pacientes?**

Este subapartado estará a su vez dividido en tres secciones: en la primera de ellas se tratará de ver todo lo concerniente a las neurodivergencias y a los pacientes neurodivergentes a los que se prestan servicios sanitarios y se revisará un manual muy relevante para nuestro estudio; además, se abordarán temas como la discriminación que sufren o las desventajas que tienen al estar en un sistema que podría no tenerles en cuenta de manera inherente. En segundo lugar, se abordará el tema de la identidad de género trans y no binario, es decir, el género de aquellas personas que no se corresponde con el que les asignaron al

nacer y que no son ni de género masculino ni femenino, sino que se pueden mover en el espectro que existe entre ambos. En tercer y último lugar, con el fin de relacionar estos aspectos a la interpretación o mediación intercultural en el ámbito sanitario, se explicará literatura de varios profesionales en este campo; así como se tratarán, de parte de académicos, puntos deontológicos que conciernen a nuestro trabajo. De esta manera, se habrá conseguido labrar una suficientemente competente base teórica para el análisis de los códigos éticos de conducta elegidos y la consecuente propuesta final de principios básicos deontológicos que se llevará a cabo en el apartado empírico de este trabajo.

### **2.1.1. Neurodivergencias**

Como mencionado en la introducción, las personas neurodivergentes podrían definirse como varios grupos minoritarios de personas entendidos como comunidades con funciones cerebrales específicas que se desvían de las normas sociales, del sistema, formando así un espectro muy heterogéneo. Por lo tanto, según Casas-Cordero (2021, pp. 3-4), “parte del proceso de inclusión es comprender la existencia de diversas necesidades neurológicas”, ya que “nunca se generaron espacios para sincerarnos, contenernos, apoyarnos, distraernos, etc.”. Además, reconocer las múltiples dimensiones que conforman la identidad es importante para considerar las interacciones sociales desencadenadas por diferentes conexiones cerebrales; la autogestión y la iniciativa profesional son, por tanto, de gran importancia dada la situación actual en la que no existe un protocolo específico en el tratamiento de la neurodiversidad (Casas-Cordero, 2021, p. 19) ya que “la documentación específica sobre neurodivergencias ha demostrado ser escasa, casi nula, siempre referida indirectamente, dejando estas perspectivas a la interpretación particular de quien lee” (Casas-Cordero, 2021, p. 25); estas carencias, en consecuencia, acaban manifestándose en las instituciones públicas, siendo el principal problema la visibilización social de este grupo tan variado de personas. Por lo tanto, para conseguir lograr la inclusión de dichas neurodivergencias, siempre se ha de tratar cualitativamente cada caso particular (Casas-Cordero, 2021, p. 27).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de cada 100 niños tiene autismo, siendo este un valor aproximado. Sin embargo, en algunos estudios cotejados correctamente se han registrado cifras bastante mayores. Las personas autistas tienen diferentes habilidades y necesidades que pueden evolucionar con el tiempo. Asimismo, las necesidades relacionadas con la salud de estas personas son complejas y requieren un conjunto integrado de servicios que abarquen la promoción, la atención y la rehabilitación



de dicha salud; por consiguiente, la cooperación entre el sector de la salud y otros sectores es de vital importancia. Además, esta atención debe integrarse con la acción comunitaria y social para lograr un mayor acceso, inclusión y apoyo, siendo las medidas sociales y el nivel de apoyo de las autoridades locales y nacionales factores clave que determinan la calidad de vida de este grupo de personas con neurodivergencias (OMS, 2022). A pesar de esta cifra relativamente alta, según Perera (2022), “una persona con autismo es como un extranjero en su propia tierra”; además, según la misma autora, las personas con TEA (Trastornos del Espectro Autista) pueden “tener otros problemas asociados tanto de salud física (epilepsia, hiperactividad o trastornos del sueño) como mental (ansiedad, depresión o TOC) y de sufrir fracaso escolar, de acoso y de exclusión laboral” (Perera, 2022). A esto se suman las dificultades comunicativas que suelen presentar, ya que no es lo mismo poder hablar que saber expresarse conforme a las necesidades que uno tiene; por ejemplo, una persona autista puede tener hambre o estar pasando frío, pero no poder comunicarlo para pedir ayuda. Esto puede resultar en un gran malestar y una gran soledad interior que los lleve a una crisis emocional o a reaccionar de manera explosiva. Por consiguiente, se considera de particular relevancia que socialmente se actúe de manera diferente hacia la diversidad, favoreciendo la inclusión, y viendo el autismo como una realidad positiva para que consecuentemente se llegue a ofrecer apoyo para que este grupo de personas puedan ser partícipes de cualquier contexto (Perera, 2022).

Siguiendo esta idea, la conducta comunicativa de una persona autista puede seguir un código personal de comunicación al que se debe prestar atención para su entendimiento, en lugar de intentar eliminarlo en primera instancia, ya que para la persona que lo observa puede no tener ningún sentido; siendo todo lo contrario para la otra parte. Algunas formas de expresarse son las llamadas ecolalias, el hecho de repetir una palabra o frase, con la función de expresar emociones, y las estereotipias, moverse o tomar una postura de forma repetitiva, con la función de calmar el sistema nervioso. Asimismo, se debe entender que una persona autista puede no estar manteniendo contacto visual o expresando facialmente lo que siente, pero sí estar escuchando activamente o sintiendo de manera interna. Consecuentemente, cuando no se esté transmitiendo verbalmente lo que necesita, se tendrá que prestar especial atención a las miradas, los gestos y la postura corporal; también puede ocurrir lo contrario y que se expresen con total sinceridad o sin seguir las normas sociales esperadas, por lo que pueden acabar en contextos que les perjudiquen. Sin embargo, esta realidad no solo se reduce a no poder traducir ni expresar

el mundo interior, sino que también complica el hecho de descifrar las emociones o intenciones ajenas, como en el caso de la “alexitimia”, por lo que las personas neurotípicas (aquellas cuyos procesos mentales siguen la norma) deben comunicarse de forma clara y directa con las personas autistas (Perera, 2022). Una forma más eficaz de realizar el acto comunicativo con alguien con TEA, según un artículo de la BBC News Mundo (2018), puede ser por escrito, como por ejemplo mediante mensajes de texto o correo electrónico, ya que les produciría menos estrés porque “les da tiempo para digerir los mensajes, pensar y redactar una respuesta sin la presión de responder de inmediato”.

A pesar de esta situación a priori tan desalentadora, el interés por los temas relacionados con la diversidad en la sociedad moderna ha crecido en las últimas décadas, tanto desde una perspectiva de investigación en universidades, otros centros educativos y de investigación, como desde una perspectiva más práctica al implementar protocolos y servicios al usuario (Quejido Alonso et al., 2022, p. 2). Además, existen movimientos que favorecen a la visibilización de personas dentro del espectro autista, y que, según Vidal Rodríguez (2022, p. 13),

“han generado conocimiento relevante en primera persona sobre aspectos a considerar por los profesionales socio-sanitarios: terminología específica como neurotípico/neurodivergente, identidad personal positiva relacionada con el autismo (cuestionando el eufemismo “persona con autismo” y reclamando que “son autistas” o la eliminación del subtipo “Asperger”), rechazo a la “cura” del autismo, foco en la proporción de apoyos para tener autonomía y reclamo de una participación activa en primera persona en todas las esferas de la vida comunitaria”

Asimismo, este mismo autor realizó un estudio que delineaba que la “inflexibilidad cognitiva” de estas personas neurodivergentes les afecta a diario, como a la hora de tomar decisiones y la frustración y enfado que pueden sentir si sucede algo inesperado; además, se señaló el hecho de que algunos de ellos poseen una hipersensibilidad sensorial, en este caso auditiva, que también les afecta en su día a día. Esto es de especial interés pues ofrece información muy útil, por ejemplo, para los profesionales médicos u otros investigadores con el propósito de comprender más fácilmente a estos grupos de personas (Vidal Rodríguez, 2022, pp. 47-54).

Siguiendo esta idea, a lo largo de la historia, las personas con ciertas diferencias funcionales han sido objeto de rechazo, humillación, exclusión social y trato desigual. La

diversidad funcional ha sido estudiada y entendida desde diferentes perspectivas, como el modelo médico, el modelo social, el modelo de diversidad funcional, etc. En general, el desarrollo de nuevos marcos conceptuales para el tratamiento de las personas con diversidad funcional tiende a superar las debilidades anteriores y proporciona estrategias para lograr una mayor aceptación social y un trato digno en este grupo poblacional. Esta realidad neurológica se trata, simplemente, de una diferencia y no de una enfermedad que debe curarse, por lo que se debe aspirar a un contexto institucional en que los derechos de este grupo se acepten, reconozcan y respeten. En el ámbito sanitario, tras dar un diagnóstico y tratar de forma continuada a este grupo de personas, surgiría un proceso de normalización que a su vez implicaría la creación de instituciones y centros médicos, entre otros, para favorecer el tratamiento de esta situación (Moreno Córdoba, 2021, pp. 6-18). Sin embargo, según indica Moreno Córdoba (2021, p. 19), “las disciplinas psiquiátrica y médica, por medio de clasificaciones y etiquetas, ejercen una estrategia de poder sobre quienes son denominados como anormales, crea la necesidad de ocuparse de ellos y legitima acciones que procuren aproximar a todos los individuos a estándares neurotípicos”, lo que también podría favorecer la estigmatización de las personas autistas.

Por lo tanto, se podría decir que estas personas posiblemente puedan ser víctimas de tratos inhumanos y degradantes. El concepto médico-rehabilitador de la discapacidad ha prevalecido desde la época moderna. Este paradigma considera la discapacidad como una deficiencia del cuerpo que supone una barrera para el desarrollo de actividades que estadísticamente la mayoría de la población puede llevar a cabo. Se trata de una percepción biológica y objetiva del cuerpo humano que está separada de cualquier perspectiva social o cultural. El modelo social de la discapacidad surgió a finales del siglo pasado, cuando se empezó a cuestionar este punto de vista. Este modelo replantea la discapacidad en términos de la injusticia social experimentada por aquellos cuya función difiere de la normal. Las limitaciones sociales, ya sea por acción u omisión, son la causa de la discapacidad. Consecuentemente, se podría decir que el problema no está causado inherentemente por las limitaciones personales, sino por las limitaciones sociales a la hora de prestar los servicios necesarios para satisfacer las necesidades de las personas neurodivergentes. Una persona puede tener una discapacidad física o biológica, pero cuando se trata de la interacción social, es más probable que encuentre barreras que le causen dicha discapacidad (Moreno Córdoba, 2021, pp. 24-27).

A parte del autismo, una de las neurodivergencias más frecuentes es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), considerado el trastorno del desarrollo neurológico más común. Cabe destacar que personas autistas también pueden presentar TDAH. Este trastorno está asociado de manera consistente a una dismorfología, disfunción y conectividad baja de múltiples redes, como la fronto-parietal, la frontocerebelar y la fronto-estriatal. A su vez, esto se manifiesta en diferentes entornos cognitivos como la inhibición, la percepción del tiempo y la atención; asimismo, este trastorno también podría afectar a la maduración cerebral, haciendo que se retrase y surja, consecuentemente, un perfil inmaduro en el individuo. Además, otros de los déficits neuropsicológicos más comunes en personas con este tipo de trastorno son la inhibición de la respuesta motora, la memoria trabajo, la planificación y flexibilidad cognitiva, y la atención sostenida. Por otro lado, antes de comenzar cualquier tratamiento en una persona con TDAH se debe descartar el hecho de que haya comorbilidad, pues sería necesario hacer cambios en dicho tratamiento y requerir de más apoyo por parte de, por ejemplo, una psicopedagoga si el paciente tiene un trastorno que le dificulte el aprendizaje. En caso de comorbilidad, los psicoestimulantes en personas con TDAH tienen efectos variables, como el de mejorar dicha comorbilidad, o el de aumentar o disminuir la ansiedad o los tics si estuvieran presentes, por ejemplo (Rodillo, 2015, pp. 53-58).

Es de gran interés para nuestro estudio incluir el manual del “DSM-5” (2013) de la Asociación Americana de Psiquiatría. El objetivo principal de este manual es el de “ayudar a profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales de los pacientes, como parte de la valoración de un caso que permita elaborar un plan de tratamiento perfectamente documentado para cada individuo”. Esto es relevante ya que sugiere que se debe hacer una gran labor de documentación antes de tratar a un individuo con diversidad neuronal, incidiendo en los signos y síntomas de cada determinado trastorno. Es decir, no bastaría con comprobar y verificar que cierta sintomatología está presente. Con esto se elaboraría una historia clínica a cada paciente que sirviera para elaborar un plan integral para tratarle adecuadamente, teniendo en cuenta otros aspectos como su contexto sociocultural. Sin embargo, en caso de no ser posible diagnosticar un determinado trastorno, como puede ser en urgencias, se deberían anotar las características más destacadas y esperar a un futuro diagnóstico que sirva para tratar de manera individual a cada paciente (DSM-5, 2013, pp. 56-57). Estos son puntos que deben estar estrechamente relacionados con la interpretación sanitaria y la mediación intercultural, ya

que también sería nuestra labor, como profesionales médicos, estar atentos a signos que puedan marcar una neurodivergencia potencial; y actuar en consecuencia para que, junto al idioma, esto no forme una barrera que impida al paciente recibir un trato equitativo y de calidad.

Siguiendo este manual, se nos indica la utilidad clínica de tener un diagnóstico. Este ayudaría al médico a determinar el pronóstico, el tratamiento y los posibles resultados; aunque, en diversas ocasiones, no será preciso un tratamiento específico si este no es necesario o perjudicaría más que beneficiaría al paciente. En todo caso, se dará una atención sanitaria adecuada a cada individuo. Asimismo, con la elaboración y registro de cada diagnóstico, y con su correspondiente plan de actuación, se aporta información relevante para definir grupos más homogéneos de pacientes con diversidad neuronal. Esto también indicaría potenciales factores de comorbilidad médica y ayudaría a prevenir futuros problemas relacionados con la salud. Todos estos datos podrían añadirse en la historia clínica siguiendo unos determinados “especificadores” que indiquen la gravedad, si el diagnóstico provisional o la situación actual del paciente, entre muchos otros factores. Sin embargo, en casos de hospitalización, se deberá determinar cuál es el diagnóstico principal (es decir, el problema relacionado con la salud por el que se le está dando atención médica en primer lugar) y cuál el secundario por orden de gravedad; aunque esto no le quita importancia a la posible neurodivergencia del paciente, pues también debe ser tratado teniéndola en cuenta. Asimismo, cada trastorno (como el TEA, la depresión o la ansiedad) va acompañado de una identificación por código que facilitan su registro. Finalmente, el diagnóstico se realizaría mediante una entrevista adaptada a las características culturales del paciente (DSM-5, 2013, pp. 58-65). Todo esto debería ser conocido, por lo menos de forma general, por los profesionales de la interpretación y mediación en el ámbito sanitario; si bien no para diagnosticar (pues esa no es nuestra labor), sino para ser capaces de orientar al personal médico correspondiente en caso de que sea necesario.

Asimismo, el DSM-5 no solo nos proporciona un plan de registro y un manual para tratar con personas con diversidad neuronal, sino que también nos da información sobre diversos trastornos aparte de los anteriormente mencionados. Tal es el caso del trastorno del desarrollo intelectual, que “incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico” Algunas de las características más frecuentes ligadas a este trastorno

son las siguientes: “deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia” (DSM-5, 2013, p. 70). Otros de los trastornos que más nos conciernen en el ámbito de la interpretación sanitaria y mediación intercultural son los trastornos de la comunicación, como el trastorno del lenguaje, el trastorno fonológico o el trastorno de la comunicación social. El primero se refiere a problemas continuos en el aprendizaje del lenguaje en todas sus modalidades, que incluye un vocabulario reducido, una estructura gramatical limitada y un deterioro del discurso. Estas capacidades comunicativas, además, se consideran (en pacientes con este trastorno) muy por debajo de lo esperado para la edad, lo que les complica llevar a cabo el acto comunicativo de manera eficaz, así como, consecuentemente, ser partícipes y miembros de la sociedad con normalidad. El segundo es la dificultad continua para producir sonidos, que conlleva una inteligibilidad del habla o impide por completo la comunicación verbal y limita el desempeño laboral y reduce los logros académicos. El tercero especifica en las dificultades constantes en usar la comunicación verbal y no verbal con el fin de participar en la sociedad. Esto incluye problemas para saludar o compartir información de manera adecuada al contexto, así como para adaptarse a las necesidades del oyente o de la situación. Se manifiesta también en tener impedimentos para seguir las normas de conversación, como puede ser respetar el turno de palabra, no ser capaz de explicarse de otra manera cuando no se es comprendido, o ser incapaz de inferir mensajes o entender metáforas, entre otros (DSM-5, 2013, pp. 77-80). Todos estos trastornos serían de especial relevancia como foco de estudio e investigación para intérpretes y mediadores, pues estos serían los profesionales de la comunicación capaces de identificar esta sintomatología anteriormente expuesta debido a la inexistencia de la barrera del idioma.

En cuanto a otros trastornos neurocognitivos, se nos presenta el mayor y el leve. El mayor se puede identificar gracias a un declive cognitivo significativo si lo comparamos con el nivel anterior del paciente en funciones cognitivas como el aprendizaje y la memoria, el lenguaje o la atención, entre otras. Este trastorno puede afectarles en su autonomía en cuanto a actividades cotidianas y se debería ver si es debido a una enfermedad como el Alzheimer o un traumatismo cerebral. Por otro lado, el leve se puede identificar si el declive cognitivo es moderado y no interfiere en la independencia del paciente. Ambos pueden derivar en variantes de comportamiento y lenguaje. En la primera aparecen síntomas como apatía o inercia, cambios dietéticos, desinhibición del

comportamiento o pérdida de simpatía, entre otros. En la segunda aparece un declive significativo del lenguaje, como en la habilidad para denominar objetos o en la comprensión de palabras (DSM-5, 2013, pp. 387-396). Toda esta sintomatología, en caso de ser identificada, debería ser comunicada al proveedor de servicios médicos correspondiente por el mediador intercultural o intérprete sanitario (aunque como opción y nunca como diagnóstico, ya que no nos compete) con el fin de garantizar que se aplican las medidas necesarias que el paciente no sería capaz de pedir debido a la barrera del idioma o, incluso, debido al propio desconocimiento de su situación neuronal.

Por último, es preciso recalcar la gran necesidad de ver y comprender la diversidad funcional o la neurodiversidad como parte esencial de la identidad, conformando unos rasgos diferenciadores sin mayor importancia en el ser humano, como pueden ser la raza, el género o la sexualidad. Sin embargo, al estar frecuentemente ignorada esta identidad de persona neurodivergente, se produce, por lo tanto, una situación de injusticia y de desigualdad en las instituciones públicas, perjudicando así gravemente la salud de este grupo poblacional. La falta de atención, calidad y acceso a los servicios sanitarios, que provoca muertes como consecuencia, es un ejemplo de cómo se trata injustamente a dichos grupos neurodivergentes; además, las muertes que se producen de forma repentina y frecuente en esta población son violentas. En comparación con la población general, tienen aproximadamente diez años menos de esperanza de vida, son más propensos al suicidio y tienen más probabilidades de fallecer en un hospital u otra institución. De acuerdo con lo anterior, puede decirse que no se les reconoce ni su valor como personas ni su identidad individual (Moreno Córdoba, 2021, pp. 50-71). Gracias a autoras como esta, podemos ver la importancia vital que tiene garantizar unos servicios de calidad para pacientes que, en primer lugar, no hablan el idioma en que se lleva a cabo cualquier tipo de proceso en las instituciones públicas, como la sanidad; y, en segundo lugar, pacientes cuya identidad y situación neurológica se ve sistemáticamente ignorada y, por ende, discriminada. Esto podría significar que el papel del intérprete o mediador intercultural es particularmente necesario si aspiramos a una sociedad, y consecuentemente un sistema, más inclusivo y equitativo para con aquellos a los que les es difícil desarrollar su vida con normalidad dentro de ella. Estas ideas serán explicadas en profundidad en la sección empírica posterior.

### 2.1.2. Identidad de (trans)género

La lengua es una poderosa herramienta que las personas utilizan para comunicarse entre sí, para expresar sus emociones, para posicionarse, para manipular, para oprimir sistemáticamente... y para dar sentido al mundo en el que viven. Por tanto, podría decirse que lo que no está en la lengua de una comunidad de hablantes, no existe para ellos; aunque, de hecho, sí exista. Aquí es donde el lenguaje inclusivo entra en juego, sobre todo si es usado por unos hablantes de manera tal que les ayude a reafirmar su identidad. Si existiera un uso lingüístico que garantizara la igualdad social, económica y legal, entre otras, de todos, ¿por qué no utilizarlo? La neutralidad en el lenguaje, desde una perspectiva de género, podría ser beneficiosa para la vida de todos, ya que sería un primer paso hacia un futuro más inclusivo en el que las realidades que aún no son consideradas como la norma se conviertan en ciudadanos de primera clase, al igual que cualquier persona que sí está dentro de la norma. Desde el punto de vista de nuestro proyecto, estas implicaciones pueden ser de particular importancia ya que podríamos encontrarnos en una situación o contexto en que tengamos que mediar entre dos personas con realidades diferentes y que entran en conflicto entre ellas, en lo que al concepto de género o identidad de género se refiere.

Hay lenguas que marcan el género en su gramática, como el español, en las que los sustantivos son femeninos (en su mayoría terminados en el sufijo “-a”) o masculinos (en su mayoría terminados en el sufijo “-o”), así como en la tercera persona del singular, los pronombres personales (“ella” para el femenino y “él” para el masculino), o los determinativos (femenino singular “la”, femenino plural “las”, masculino singular “el” y masculino plural “los”). Por otro lado, hay otras lenguas, como el inglés, cuyos pronombres (tercera persona del singular “*he, his, him*” para el masculino, y tercera persona del singular “*she, her, hers*” para el femenino) son las únicas formas gramaticales con género, aparte de algunas formas marcadas, como el masculino “*actor*” y el femenino “*actress*”. Por lo tanto, esto crearía un sistema binario en el que un individuo sólo cabría dentro de una de esas dos realidades (una mujer o un hombre). Los pronombres son palabras cuyo uso es sustituir a un sustantivo. Dado que designan las realidades de los sustantivos cuando estos están ausentes, se podría inferir que son realmente necesarios cuando se habla de inclusividad en el lenguaje, y por consiguiente de las personas que lo necesitan. Algunos de los pronombres alternativos neutros o inclusivos (para las lenguas sin género gramatical), así como sufijos (para las que sí tienen género gramatical) en algunas lenguas son los siguientes: el pronombre singular “*they*” en inglés (Yuvero et al.,



2022); el sufijo “-e” en palabras como “niñes” en lugar de “-o”, “niños”, o “-a”, “niñas”, en español (Slemp, 2020) y “elle” como alternativa a “él” o “ella” (Visée, 2022). Nuestro punto de mira va a estar en estos dos idiomas y cómo difieren a la hora de crear y/o aceptar “nuevas” realidades, así como en la relación que guardan con la interpretación sanitaria.

Según Gil et al. (2020, p. 2), España es uno de los países con mayor aceptación a la diversidad sexual:

“en los últimos años en España se han experimentado numerosos cambios en la concepción de la diversidad sexual ... En el ámbito sanitario se incluye la atención integral, iniciada ya en 1999 en Andalucía, y se amplía con la progresiva acreditación de Unidades de Identidad de Género (UIG) multidisciplinares en otras comunidades autónomas, adoptando guías clínicas internacionales y nacionales”.

Sin embargo, las personas transgénero siguen haciendo una serie de demandas que necesitan para estar incluidas en el sistema sanitario y, por ende, recibir un trato equitativo; entre las que están el deseo de ser atendidas por profesionales sanitarios con experiencia, es decir, especialistas en identidad de género y que estén familiarizados con las distintas realidades trans para que puedan aportar a los pacientes la información que precisen sobre temas como, por ejemplo, la seguridad terapéutica o los resultados de los tratamientos hormonales y quirúrgicos; y el de dejar de estar patologizadas, una de las más frecuentes por parte del activismo de género, solicitando que se elimine la transexualidad del diagnóstico de enfermedades mentales o de enfermedades, ya que al estar clasificada dentro de estos manuales se deduce que es una enfermedad y no una cuestión de diversidad social. También critican el modelo binario (hombre-mujer), pues no se tiene en consideración el tan amplio espectro de expresiones y roles de género, ya que una persona trans no siempre se identifica con el género opuesto, sino que también cabe la posibilidad de que se identifique con otros o con ninguno, moviéndose dentro de dicho espectro. Esto, se delinea específicamente, no debe recaer sobre el ámbito sanitario pues el constructo social que es el género está en constante cambio y es la atención sanitaria quien debe adaptarse a las necesidades de cada paciente teniendo en cuenta su contexto. Asimismo, luchan por el empoderamiento trans, favoreciendo el orgullo y la visibilización de estas realidades (Gil et al., 2020, pp. 3-6).

Por otro lado, entre las demandas comprendidas por los profesionales dentro de las UIG del Sistema Sanitario en España, están la de que se tomen decisiones legales y

médicas que no estén basadas en posicionamientos ideológicos, la de evaluar a los pacientes de manera multidisciplinar por parte de profesionales que garanticen la calidad y seguridad del servicio ofrecido, la de que participen especialistas de psicología y salud mental, la de que se actúe conforme a evidencias y guías clínicas disponibles, y la de que se incrementen los recursos sanitarios, entre otras. El abordaje del profesional de la salud es consistente con el respeto a la autodeterminación y autonomía del sujeto. No obstante, ambas partes deben conocer y aceptar los principios de la buena práctica médica. Además, debido al riesgo de que surjan efectos adversos y para asegurar la calidad del servicio médico ofrecido, las decisiones deben ser consensuadas entre expertos y usuarios y no unilateralmente por los segundos. Los autores y otros equipos internacionales deben colaborar con un equipo de profesionales de la salud mental con experiencia en el campo para aclarar sus identidades, reducir su sufrimiento y generar expectativas realistas, pues es necesario tomar decisiones comunes sobre las opciones de tratamiento y médicas para evitar confusiones con los resultados deseados. Por lo tanto, se requeriría que profesionales de Atención Primaria y otros especialistas tuvieran una formación integral e integrada sobre todos estos temas, con el fin de garantizar una buena praxis médica. Además del profesional, esto conlleva un cambio social, que actualmente está siendo debatido entre partidos políticos y organizaciones, generando discrepancia o debates en lo referido a, por ejemplo, la terminología utilizada (Gil et al., 2020, pp. 3-11), como los pronombres de género neutro arriba mencionados.

Gil-Borrelli et al. (2017), incidiendo en que las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans (LGBT) conforman una parte indiscutible de la sociedad española, denuncia lo siguiente:

“A pesar de que la legislación ampara el derecho a la no discriminación y, más concretamente, a aquella por razón de sexo y orientación sexual, así como el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad del colectivo LGBT, múltiples organizaciones nacionales e internacionales han puesto de manifiesto la existencia de numerosos incidentes de discriminación y violencia hacia estas personas en España, así como episodios de discriminación desde los servicios de salud”

Dicha discriminación ha ido resultando en tasas muy altas de enfermedades psiquiátricas y suicidios, fruto de la depresión y la ansiedad; así como en el abuso de sustancias, como tabaco y alcohol, y victimización, por lo que, como hemos visto con anterioridad, las personas trans pueden tener necesidades sanitarias especiales que el resto de las personas

cis-heterosexuales o LGB no, pues las primeras presentan mayores tasas de violencia interpersonal y menores de aseguramiento sanitario. Sin embargo, dichas necesidades son comúnmente ignoradas por la sociedad y las autoridades sanitarias y sus respectivos profesionales médicos. Por lo tanto, se puede decir que, con el fin de que estas personas tengan una vida larga y sana, se precisa eliminar estas desigualdades en salud, lo que requeriría un abordaje específico desde los servicios y administraciones sanitarias públicas con una perspectiva de género y de derechos humanos, como ya se ha mencionado en el párrafo anterior. Adicionalmente, se deben tener en consideración aspectos interseccionales dentro de este colectivo, como la diversidad funcional o neurodivergencia, o ser migrante, entre otras características sociales y/o personales. Esto ayudaría a mejorar la salud de estas personas, así como su bienestar físico y psicológico, o a reducir las desigualdades al optar a un puesto de trabajo, por ejemplo (Gil-Borrelli et al., 2017).

A continuación, se explican los ejes sobre los que se debe trabajar en el ámbito de la salud pública para garantizar que estas personas reciben un trato digno, equitativo y justo, por lo que también será necesario plantearlos desde el punto de vista de la interpretación sanitaria y la mediación intercultural en las siguientes secciones. Según estos mismos autores, Gil-Borrelli et al. (2017), se indica lo siguiente: en primer lugar, se debe poner el foco en la salud y la educación sexual, con temas como las enfermedades por transmisión sexual o como la salud reproductiva, entre otros; en segundo lugar, se debe luchar contra la LGBTfobia, para evitar su impacto tan negativo en la salud; en tercero, se deben promocionar hábitos saludables, abordando temas como evitar el uso de sustancias perjudiciales como el alcohol, o incumplir con las terapias recomendadas; en cuarto lugar, se debe formar, tanto a nivel estatal como autonómico, a las autoridades sanitarias y administrativas para que se conozca, comprenda y aprehenda la realidad de estos individuos, con el fin de que tenga recursos para atenderlos adecuadamente; en quinto lugar, se debe vigilar la salud de estas personas con el fin de realizar políticas conformes a sus necesidades particulares; en sexto lugar, se debe fomentar la investigación en estos temas entre universidades, la administración y otras organizaciones no gubernamentales, previstos de la participación activa de este colectivo; por último, todos los ejes de trabajo e instituciones deben coordinarse y tomar parte en la mejora de la salud y bienestar de esta comunidad.

Para mejorar la salud de este grupo de personas, también se plantean una serie de acciones -que ya se están empezando a implementar en otros países- desde un modelo que siga una perspectiva de diversidad, derechos humanos y género, cuidando y garantizando su autodefinición, su autonomía y su privacidad. Estas son las expuestas a continuación: para empezar, es preciso que se evalúen los sistemas de información, así como que se incluya la recogida de datos sociodemográficos y médicos que conciernen a la población LGBT. También se deben llevar a cabo estudios que ayuden a desdibujar el estado de salud de este colectivo, con el fin de elaborar políticas preventivas enfocadas a sus necesidades sanitarias específicas, teniendo en cuenta el impacto sobre estas personas de los entornos cis-heteronormativos. Otra acción importante es la de considerar los determinantes sociales de este colectivo en la elaboración y en la integración de programas de salud que están dirigidas al mismo. Además, se deben implementar políticas contra la discriminación en absolutamente todas las administraciones públicas, centros educativos y ámbito de la salud incluidos. Asimismo, se debe formar específicamente tanto a profesionales como estudiantes de la salud en las necesidades particulares que puede tener esta comunidad, así como delinear qué protocolo de actuación seguir conforme a estas realidades para mejorar la relación entre ambas partes. Otra de las acciones planteadas es la de asegurar el acceso a todos los servicios sanitarios, así como la de elaborar y gestionar planes para evitar la violencia física y verbal contra la población transgénero y la de proporcionar servicios sociales que les apoyen para así reducir el riesgo de suicidio y la situación de calle entre las juventudes trans. Por último, se precisa evaluar la legislación de la salud dirigida a este grupo de personas (Gil-Borrelli et al., 2017).

Como se ha explicado con anterioridad en este trabajo, lengua y cultura son inseparables. Por tanto, se debe tener en cuenta la actitud de los usuarios de estas, en este caso de inglés y de español, con respecto al lenguaje inclusivo. La aceptación e incorporación de un lenguaje neutro e inclusivo, en consecuencia, podría resultar en la aceptación de las personas transgénero que hacen uso de este lenguaje. Esto es algo que también delinea el conocido lingüista, filósofo y activista Noam Chomsky. En una conferencia sobre lingüística celebrada el 15 de abril de 2021, se le preguntó su opinión sobre los pronombres neutros y el lenguaje inclusivo, a lo que respondió lo siguiente:

“depende de cómo se sienta la gente al respecto. No hay nada bueno ni malo. Hubo un tiempo, no hace muchos años, en que la forma normal de referirse a los

afroamericanos era *n\*gro*. Ahora ni siquiera se puede decir la palabra, ni siquiera se puede referir que antes la gente la usaba. Soy judío, no me gustaría que la gente me llamara “*kike*”, digamos... Hay gente que piensa que no deberíamos usar “*he*” como pronombre neutro. Bien, entonces usemos otra cosa. Hay que tener en cuenta la sensibilidad de la gente”, refiriéndose al pronombre singular neutro “*they*”.

Sin embargo, Paula Corroto en *El Confidencial* (2020) explica cómo el académico Pedro Álvarez de Miranda no es partidario del lenguaje inclusivo (como en el uso del morfema “-e”), ya que “las lenguas no cambian por decreto, cambian por evolución natural interna... nadie ha inventado nunca un morfema en ninguna lengua”. Además, la cuenta oficial de Twitter de la Real Academia Española (RAE), @RAEinforma, posicionó a la institución en contra del uso de este morfema, alegando que “el uso de la letra “e” como supuesta marca de género inclusivo es ajeno a la morfología del español, además de innecesario, pues el masculino gramatical (“chicos”) ya cumple esa función como término no marcado de oposición de género” (2020). Por lo tanto, se puede concluir en este apartado que en la lengua inglesa el lenguaje inclusivo está mucho más aceptado por los profesionales del ámbito que por los profesionales de las instituciones de la lengua españolas, como la RAE. Por ende, si queremos colaborar en la inclusión de este tipo de personas desde el punto de vista de la interpretación sanitaria y la mediación intercultural, debemos tomar en cuenta lo propuesto por los autores explicados en este subapartado y aplicarlo a nuestra práctica profesional; esto se verá desarrollado en el siguiente y último subapartado del marco teórico.

### **2.1.3. Interpretación y mediación intercultural en el ámbito sanitario**

El hecho de que las sociedades sean cada vez más diversas desde el punto de vista cultural y lingüístico es gracias a los movimientos migratorios. Hoy en día, nos encontramos en un periodo de la historia en el que cada vez más personas viven fuera de los países en que nacieron. Actualmente hay más de seis millones de personas de origen extranjero viviendo en España. El fenómeno de la interculturalidad seguirá avanzando mientras vivamos en una sociedad globalizada porque las migraciones son procesos dinámicos pero continuos. Dado que la actuación de los médicos se rige por la comunicación con el paciente, es fundamental facilitar a los pacientes que no hablan o no dominan la lengua la comunicación con los profesionales sanitarios. Por lo tanto, ya que lengua y cultura están inextricablemente unidas, se podría decir que es esencial desdibujar los significados

referenciales de los lenguajes verbal y no verbal de los interlocutores durante la interpretación para traducir con éxito el mensaje a otro idioma (Navaza, 2014, pp. 9-10). Asimismo, cabe destacar que los pacientes extranjeros acuden menos al médico y es menos probable que vuelvan para visitas de seguimiento después de haber sido atendidos en urgencias, en comparación con los pacientes que hablan la lengua en la que funciona el sistema. Estos también están menos satisfechos con su atención sanitaria (Jacobs et al., 2001, p. 469).

De aquí surge el concepto de la mediación intercultural, que se puede entender como la modalidad interventora de terceras partes que tiene la finalidad última de que las otras partes se reconozcan entre ellas y, por ende, se produzca una mejor comunicación y convivencia en sociedades donde existan simultáneamente más de una cultura. Sin embargo, aunque esta figura lleve existiendo en los servicios sanitarios más de diez años, no existe aún una conducta establecida que regule los protocolos, las funciones, la categoría o la formación profesional necesaria para desempeñar este trabajo. Sin embargo, se podría decir que, entre sus labores más destacables, se encuentran la de sensibilizar y orientar tanto a profesionales médicos como a pacientes, así como la de promocionar la salud y la interpretación en este ámbito sociosanitario. Por consiguiente, nos encontraríamos con dos figuras: la del intérprete sanitario y la del mediador intercultural, que en muchas ocasiones se encuentran superpuestas. Por un lado, la primera disciplina sería menos intervencionista pues se centraría única y exclusivamente en la comunicación lingüística y en actuar de una manera concreta; mientras que, por otro lado, la segunda se considera más intervencionista pues aporta orientación y asesoramiento, así como se centra en las relaciones, fomentando la sensibilización y el acompañamiento, actuando de manera más general (Navaza, 2014, pp. 10-11).

Como hemos visto, la interpretación y mediación intercultural en el ámbito sanitario no goza de mucho reconocimiento en este campo, por lo que, como mencionó Sanz-Moreno (2017, p. 114):

“En numerosas ocasiones, los propios proveedores de estos servicios públicos desconocen el papel que puede desempeñar el intérprete en estos contextos, lo que favorece la intervención de familiares o personas cercanas al usuario del servicio que hablan el idioma y que realizan funciones de interpretación de forma no profesional”.

Por consiguiente, se podría inferir que nuestra profesión necesita más visibilidad, ya no solo en beneficio propio, sino para ofrecer un servicio de calidad y más equitativo para aquellas personas que, aparte de estar en un sistema que funciona en otra lengua que no es su lengua materna, puede no llegar a considerar aspectos socioculturales o identitarios que los ponga en desventaja frente a otros pacientes que sí hablen el idioma. Además, se necesitaría profesionales de los idiomas y de las culturas a mediar, es decir, intérpretes, para que la interacción proveedor-paciente sea más justa y se transmitan los mensajes con la totalidad de su significado, ya que “los médicos deben informar a los pacientes de forma que comprendan el diagnóstico, el tratamiento, los actos médicos y las alternativas a su disposición ... el Código deontológico médico incide en la veracidad como elemento esencial de la comunicación” (Sanz-Moreno, 2017, p. 119).

Así como veremos en los apartados posteriores, esta misma profesional delineaba que los códigos éticos de conducta recogen una serie de deberes como la imparcialidad, la fidelidad o la confidencialidad, aunque también recalca que es “necesario interpretar estos deberes en función de los contextos a los que se enfrentan los intérpretes” y, en consecuencia, que el intérprete “deberá conocer todas las opciones a su alcance y optar por aquella que mejor garantice el éxito de la interacción comunicativa y con la que considere que desempeña su función con mayor profesionalidad” ya que el desempeño de su labor depende de su comprensión e interpretación de estos deberes, pues al estar en contacto con las distintas realidades le permitirá tomar decisiones de manera más responsable y evaluar las consecuencias que puedan derivarse de las mismas (Sanz-Moreno, 2017, pp. 116-117). Asimismo, este papel de la interpretación sanitaria

“no se trata de ofrecer una traducción literal, sino más bien de ser fiel al contenido, a la intencionalidad del mensaje, sin perder de vista su adecuación al nuevo contexto cultural ... para ello, es esencial que el intérprete tenga un perfecto dominio de sus lenguas de trabajo, así como un profundo conocimiento cultural y temático que permita garantizar la exactitud y precisión de su interpretación” (Sanz-Moreno, 2017, p. 116).

Por lo tanto, de nuevo se podría inferir que recae en la figura del intérprete la responsabilidad de que las necesidades y los mensajes de las partes se transmitan con total fidelidad teniendo en cuenta la intención y la situación sociocultural de ambas, así como otros aspectos identitarios o personales que puedan ser determinantes a la hora de interpretar dicha información.

Como podemos ver, existen equidistancias entre los deberes éticos de conducta de los médicos y de los intérpretes o mediadores interculturales en este ámbito sanitario, hecho que, según Sanz-Moreno (2017, p. 121) en cuanto a los dilemas éticos que pueden surgir en las diferentes situaciones, “facilitó una mejor y más profunda comprensión de sus contenidos y sus limitaciones ... y de las dificultades psicológicas que puede entrañar, por lo que la formación especializada y multidisciplinar se presenta como un imperativo para el intérprete en estos contextos”. Por lo tanto, esta autora también delinea que “si el intérprete considera que no va a poder garantizar una interpretación imparcial por cuestiones éticas o personales, su profesionalidad le haría denegar ese encargo” (Sanz-Moreno, 2017, p. 121). Asimismo, con el fin de garantizar la autonomía del paciente y de respetar su privacidad, el intérprete “no puede desvelar nada de lo que ocurre en una consulta médica a la que accede por cuestiones profesionales” ya que este “accede a esos datos sin ser el destinatario de esa información, sino un mero transmisor de la misma” (Sanz-Moreno, pp. 119-120). Por último, en uno de los casos prácticos llevado a cabo por Sanz-Moreno se nos habla sobre diversos dilemas éticos que pueden presentarse. Uno de ellos fue sobre las faltas de respeto para con la integridad y bienestar del proveedor de servicios médicos, aunque no se produzca esto con mucha frecuencia, o del paciente, por lo que el intérprete debió intervenir para mediar entre ambas partes. En el primer caso, gracias a dicho intérprete, se averiguaron los motivos del paciente para negarse a seguir las indicaciones del médico, que estaba presionándole para seguirlas, por lo que se solucionó el conflicto. En el segundo caso, el paciente empezó a insultar al médico, a lo que el segundo alegaba que prefería enterarse de todo lo que el primero estaba diciendo, ya que las faltas de respeto no se deben tolerar (2017, p. 118). Se podría inferir, gracias a esta autora, que la figura de un profesional cualificado para mediar entre las partes cuando existen barreras lingüísticas o culturales, entre otras, es de vital importancia para garantizar que se están ofreciendo unos servicios sanitarios justos, equitativos y de calidad. Asimismo, recaería en el juicio del intérprete la decisión de actuar de una manera u otra conforme al contexto.

Según otra profesional en el ámbito de la interpretación sanitaria y la mediación intercultural, Bárbara Navaza (2014, p. 11), existen cinco puntos principales para comprender este oficio: la asimetría, las emociones, la cultura, los derechos y el contexto. En cuanto a la asimetría, se delinea que “si bien existe un bien común -la preservación de la salud en el paciente-, uno de los interlocutores puede estar disminuido por su situación



de enfermedad y el otro posee los recursos que atenuarán o harán desaparecer esa carencia de salud”. Esto se debe a que el paciente no pertenecería a la cultura del sistema en que se ve envuelto, ni tampoco hablaría la lengua del mismo, por lo que estaría en una situación de poco poder con respecto a la otra parte y necesitaría de ayuda para desenvolverse con los profesionales médicos; ocurre algo parecido con el proveedor de servicios sanitarios, que aunque se encontraría en una posición de poder con respecto a la otra parte, este poder se vería reducido pues tendría dificultades para acceder a la información necesaria para la evaluación y diagnóstico del paciente. Por lo tanto, la figura del intérprete sería la que más poder maneja en este tipo de contextos, pues su posición privilegiada le permitiría acceder a la información vital que ambas partes necesitan, y dependería de dicha figura comunicarla; consecuentemente, recae en esta figura el deber de saber cómo manejar este poder y conseguir que las partes se comuniquen de forma fluida.

En lo referido a las emociones, Navaza (2014, p. 11) indica que en el entorno sanitario suelen ser negativas, como la preocupación, ansiedad, xenofobia o desconfianza, entre otras. Por lo tanto, sería el deber del intérprete ser plenamente consciente de que “el significado de los mensajes depende de ... el significado del propio mensaje y ... de las relaciones entre los interlocutores, incluida la que ejercen con la intérprete -la edad, el sexo, la apariencia o la voz de esta pueden aportar una fuerte carga subjetiva a la comunicación-”. Esto es porque dicha figura debe promover en todo momento la posibilidad de crear una relación empática y asertiva entre las partes, que resulte en una comunicación efectiva. De la cultura nos dice que “incluso entre personas que hablan el mismo idioma y viven en un mismo país, las referencias culturales pueden variar enormemente” ya que este concepto “tiene diversas lecturas”, siendo especialmente importante en el ámbito sanitario. Continúa esta autora incidiendo en que, en los encuentros entre las partes, hay elementos culturales de particular relevancia: en primer lugar, lo que se entiende por salud y enfermedad; en segundo lugar, cómo concebimos o entendemos el cuerpo; en tercero, la religión; en cuarto, los referentes en lo que se refiere a la atención sanitaria; en quinto, los patrones que surgen en la comunicación proveedor-paciente; y, por último, los roles de género. Por consiguiente, la intérprete debería estar pendiente de posibles malentendidos entre médico y paciente que puedan darse debido a no seguir estos elementos culturales, haciendo entonces las aclaraciones necesarias (Navaza, 2014, p. 11).

En lo concerniente a los derechos, Navaza (2014, p. 11) incide en que “al trabajar en los servicios públicos, la intérprete debe ser consciente de su grado de responsabilidad frente a la prestación de un servicio que asegura un derecho fundamental, en este caso, el derecho a la salud”. Por último, el contexto se refiere a que, aunque la labor médica sea en torno a lo que gira el sistema sanitario actual, se debe tener bien presente que la labor de la figura del intérprete no se limita a este contexto. Esto es porque se pueden proporcionar servicios de interpretación en departamentos como el de Admisión, Cargos o el de Trabajo social en los centros sanitarios. Asimismo, estos profesionales también pueden trabajar ocasionalmente en ejercicios de promoción de la salud en los que no se procedería a ejercer el deber de guardar la confidencialidad, como en las sesiones informativas grupales. Por lo tanto, se podría decir que los profesionales de este ámbito tienen el deber de adecuarse a lo que se requiera en cada contexto y momento específico, siendo flexibles y sin perder la profesionalidad; una situación que requiere especial atención sería en las consultas en los servicios de salud mental, ya que el lenguaje y la forma de organizar el discurso son de particular relevancia a la hora de establecer un diagnóstico (Navaza, 2014, p. 12).

Otras estrategias comunicativas que se emplean en esta labor asistencial en el entorno sanitario, a parte del servicio de interpretación presencial, son la interpretación telefónica, el uso de aplicaciones multimedia multilingües y guías de comunicación, y el de intérpretes *ad hoc* y profesionales bilingües. La interpretación telefónica es una modalidad en la que el intérprete está al otro lado del teléfono, por lo que recibe los mensajes del paciente y del proveedor y los interpreta en el idioma correspondiente, una práctica muy extendida en los servicios sanitarios de España. Como los demás, este servicio presenta una serie de ventajas y de desventajas: las primeras son que es un servicio inmediato, con un coste significativamente menor, y que favorece el anonimato; mientras que las segundas son que no se podría captar todo el peso informativo que tiene el lenguaje no verbal de las partes implicadas, además de que puedan surgir problemas técnicos y de infraestructura y de que no ayuda a que se cree una relación de confianza intérprete-paciente. Además, existen otros recursos que ayudan a los profesionales médicos en caso de no poder contar con un intérprete, como son las aplicaciones multimedia multilingües y las guías de comunicación. Un ejemplo es la aplicación interactiva “Universal Doctor Speaker”, que ayuda, siempre que el diálogo entre proveedores y pacientes no sea muy complejo, ofreciendo una traducción automática de

las preguntas previamente seleccionadas por el proveedor. En cuanto a las guías de comunicación, las hay en diversos idiomas, como las proporcionadas por la Universidad de Alcalá. Por último, los intérpretes *ad hoc* serían aquellos no profesionales que guardan algún tipo de relación con el paciente y que son capaces de comunicarse en las lenguas de ambas partes. A pesar de esto, diversos estudios indican que este tipo de interpretación resulta en muchas complicaciones, como perjuicios para la salud del que recibe los servicios sanitarios debido a errores de traducción que tienen mucha importancia, y de los que los profesionales administrativos y médicos no serían conscientes. Los profesionales bilingües, por otro lado, se encargarían de orientar e informar al paciente o incluso de adoptar un papel de intérprete si así lo requiere la situación, hayan recibido o no formación específica para ejercer dicha labor (Navaza, 2014, p. 12).

Los tipos y las vías de contratación de los servicios de interpretación también se mencionan por Navaza (2014, p. 13): “los contratos de las intérpretes y mediadoras-intérpretes presenciales son casi siempre de carácter temporal, puntual y con una escasa o ajustada retribución económica, lo que determina que con frecuencia no se trate de una actividad profesional exclusiva”. Además, se contrataría a estos profesionales a través de proyectos que financian entidades privadas o administraciones públicas, implementadas a su vez por alguna ONG o asociación, así como a través de licitaciones públicas concedidas a empresas subcontratadas, cuyas dotaciones económicas siguen siendo muy ajustadas. Consecuentemente, y debido al descenso del número de este tipo de profesionales en los centros sanitarios de España, en numerosas ocasiones se imposibilita dedicarse plenamente a esta labor. Por lo tanto, esta autora propone una serie de retos. Delinea que es de particular necesidad seguir luchando para que la profesión de la interpretación sanitaria se reconozca como tal, además de como una herramienta rentable y muy eficaz que garantiza la calidad de la labor asistencial en sociedades multiculturales, lo que a su vez precisa de investigación y comunicación. El fin de estas dos sería influir así en la opinión política como en la pública. También incide en que es necesario aclarar los papeles que tienen los intérpretes y los mediadores interculturales en el ámbito sanitario, para así elaborar un código de actuación en caso de que se precise realizar aclaraciones culturales o la intervención personal de un intérprete. Consecuentemente, es particularmente relevante estudiar las necesidades de cada situación para saber cómo hacer un buen uso y combinación de la interpretación presencial y la telefónica. No se debe escatimar, por último, en la lucha por el reconocimiento de esta profesión, ya que

tiene como finalidad la inclusión social de aquellos que a priori no pertenecen a una sociedad, cultura y sistema diferentes a los propios, así como de defender el derecho a unos servicios sanitarios que sean equitativos y justos para con dichos individuos (Navaza, 2014, pp. 14-15).

Siguiendo con el tema de la deontología en el ámbito de la interpretación sanitaria, otra autora y profesional de la interpretación como Elena Palacio Alonso (2018) indica que ponemos nuestro conocimiento y habilidades a disposición de la comunidad, lo que deriva de nuestra ética y deontología propia. Por lo tanto, toda profesión está ligada a una serie de derechos y deberes específicos para quien la ejerce; es decir, al vivir en una sociedad no podríamos separar nuestra ética singular de nuestra ética profesional. Aunque esta última sea universal, debe existir una deontología plural y específica para cada colectivo. Además, al cumplir estas pautas, una profesión debería gozar de reconocimiento y legitimarse; a pesar de que cada profesional presente individualidad al ejercer su labor. Consecuentemente, existe una íntima relación entre interiorizar las cuestiones deontológicas y realizar una labor de manera correcta y profesional. Siguiendo esta idea, también resulta de gran necesidad interiorizar las diferencias entre la ética profesional y la personal, además de los códigos deontológicos, para poder adaptarse de manera flexible a cada contexto y situación. Regularizar el marco legal en el que se encuentra nuestra profesión es de alta necesidad pues hay muchas otras competencias que lindan a la actividad profesional de la interpretación y la mediación intercultural, como las obligaciones fiscales, la previsión social o las empresas e instituciones que constituyen potenciales clientes, entre muchas otras. Por lo tanto, pese a conocer la norma impuesta por un código deontológico, no se podría garantizar su cumplimiento si esta profesión no se regulariza (Palacio, 2018, pp. 48-54).

Esta autora, además, delinea que esto se puede trabajar e interiorizar desde nuestros primeros pasos formativos, es decir, en el aula. Esto sería mediante la aplicación práctica de la teoría deontológica a cuestiones relevantes para ellos, ya sea gracias a ejemplos extraídos de la experiencia del profesorado tanto a situaciones reales vividas por los propios alumnos. Asimismo, estos deberes o deontología no deben ser únicamente impuestas por los códigos de conducta, sino que es el propio profesional quien debe dictar y asumir su propia ética adaptada al contexto. Por lo tanto, se podría entender que la deontología está más ligada a la práctica que a la teoría. Esto se debe a que una norma o dilema puede estar muy claro redactada sobre el papel, pero es sólo durante el propio

ejercicio de la labor profesional cuando se puede decidir qué aplicar o no. Dicha toma de decisiones solo se conseguiría, entonces, tras haber naturalizado determinados mecanismos de actuación ética durante la fase formativa, impidiendo así una reacción muy precipitada o quedarse en blanco ante un dilema real (Palacio, 2018, pp. 58-60). Esto podría ser de especial relevancia para nuestro estudio ya que no solo plantea la necesidad de tener un código de deontología para la práctica de nuestra profesión, sino que también sería necesario naturalizar y aprender ciertas cuestiones éticas desde nuestra etapa formativa. Por lo tanto, se podría llegar a inferir que un código ético de conducta específico para cada contexto o colectivo es una idea que toma cada vez más fuerza, además de que es el propio alumno y futuro profesional quien debe formarse cuestiones que le sean relevantes con el fin de actuar de manera propia y satisfactoria para todas las partes.

Por otro lado, Lou Bicchieri (2019) nos proporciona un acercamiento real a la opinión de profesionales de la interpretación en los servicios públicos, más específicamente en el ámbito sanitario, sobre la latente importancia de contar con un código ético de conducta. Todos los intérpretes entrevistados, sea cual sea su nivel de formación y experiencia, parecen ser conscientes de la importancia y la necesidad de un marco que les sirva de guía para realizar su trabajo de la mejor manera posible. Este se trata de un conjunto de normas que deben respetarse sin que ninguna de ellas se deje de lado en favor de otra. Sin embargo, cuando nos centramos en los aspectos éticos más mencionados por los intérpretes, la gran mayoría de ellos mencionan la neutralidad y la imparcialidad. Esta mayoría dice mucho de la profesión de la interpretación. En efecto, no se pediría a un panadero o a un mecánico de taller que fueran neutrales e imparciales. Este principio no estaría incluido en su código deontológico, ya que no intervienen en la vida personal de sus clientes. En otras palabras, si la neutralidad está incluida en el código deontológico de los intérpretes y es el aspecto más mencionado, es quizá porque representa su talón de Aquiles. El principio de neutralidad sugiere que, por defecto, el intérprete se enfrenta al problema de la implicación personal, que tendrá que ser ocasional, controlada y limitada. La imparcialidad parece necesaria para el buen ejercicio de la profesión, que favorecerá un clima de confianza y comunicación, y permitirá a cada uno de los interlocutores permanecer dentro de sus competencias. Además, gracias a este principio de neutralidad, el intérprete podrá protegerse emocionalmente (Bicchieri, 2019, pp. 52-53). Sin embargo, según García Espinosa (2020, p. 55) pueden darse situaciones

de “indefensión de los pacientes extranjeros”, “situaciones precarias” y un “trato abusivo por parte del personal sanitario”, por lo que no siempre sería preciso optar por estas dos opciones, como también veremos en el apartado dedicado al análisis de la literatura recopilada.

Por consiguiente, la empatía es, según algunos intérpretes, necesaria para la profesión, aunque debe limitarse y controlarse, a lo que los intérpretes se refieren como un "distanciamiento y gestión de las emociones". Se ve que el intérprete tiene que hacer malabarismos con su propia moral, sus sentimientos y sus deberes; por citar un testimonio, se trata de ponerse en el lugar del otro, de comprenderlo, de transmitir sus emociones sin llegar a creérselas personalmente. De cierta manera habría que ser actor: interpretar las emociones de un personaje recordando que no es tu propia historia. Esta encuesta pone de relieve la necesidad de que los intérpretes dispongan de un código deontológico para proteger no sólo a sus clientes, sino también a sí mismos. Transmite los valores y la ética de la profesión, les ayuda a adoptar la línea profesional adecuada y a fijar los límites de su función. Las respuestas de los intérpretes y los principios fundamentales que se desprenden de ellas demuestran claramente que la profesión de intérprete es una profesión social, que requiere una implicación personal y en la que la neutralidad es la cuestión clave. De hecho, como señaló un intérprete, se trata de mantener la distancia y gestionar las propias emociones mostrando empatía (Bicocchi, 2019, pp. 52-53). De las palabras de esta autora, y de los resultados de su encuesta, se podría decir que la interpretación sanitaria es una profesión muy complicada de llevar a cabo sin una ayuda tan vital como puede ser un código deontológico que determine o guíe cómo actuar ante una situación y contexto determinado. Se debe ser neutral e imparcial, sí, aunque el profesional también debería contar con una empatía especial que le facilite abogar por los derechos del paciente en caso de que sea necesario, como defiende García Espinosa (2020, p. 58): “los intérpretes juzgan la situación general del paciente como en desventaja, por lo que toman parte tanto fuera como dentro de las interpretaciones, aunque no sea estrictamente necesario desde un punto de vista interlingüístico e intercultural”. Este es un principio deontológico de gran relevancia que tomaremos en cuenta a la hora de realizar la propuesta.

En este último subapartado hemos visto, gracias a la literatura de profesionales en el ámbito, la vital importancia que tiene la labor de los intérpretes y/o mediadores interculturales en el entorno sanitario; aunque, por desgracia, es una que todavía no goza

del reconocimiento necesario en nuestro país. Como se ha expuesto anteriormente, esto se debe a varios motivos, entre los que están la falta de concienciación entre los profesionales médicos y las instituciones públicas, y la intrusión laboral de individuos que no cuentan con la formación específica requerida para ofrecer un resultado óptimo que garantice el bienestar del paciente, lo que le suele afectar de forma considerablemente negativa. Por lo tanto, y en lo que a la perspectiva tomada en este proyecto se refiere, ¿cómo podríamos garantizar que personas procedentes de otros países y que no sean capaces de comunicarse de manera fluida y satisfactoria en el sistema al que acuden para recibir ayuda, y que además presentan otro tipo de características identitarias o culturales como neurodivergencias o una identidad de género no binario, reciban un servicio sanitario de calidad, justo y equitativo? Se buscará ofrecer una respuesta a esta pregunta en el apartado empírico del trabajo, teniendo en cuenta absolutamente toda la literatura explicada en estos apartados; aunque todavía es preciso, ya que esta es una disertación académica, explicar la metodología seguida que nos llevará a los resultados esperados.

### **3. Metodología**

Como hemos visto a lo largo de este trabajo, se ha puesto el foco de atención en los potenciales pacientes extranjeros que puedan presentar una neurodivergencia o identidad de género trans que potencialmente les ponga en riesgo de recibir una poco deseable e injusta atención sanitaria por parte de las instituciones públicas de nuestro país, España. Dado que la finalidad última de la interpretación y/o mediación intercultural en el ámbito sanitario es la de garantizar que los pacientes con barreras lingüísticas y socioculturales reciban una atención médica que sea equitativa y justa, tuvimos que especificar y particularizar este trabajo teniendo en cuenta este contexto. A modo de recordatorio, buscábamos resolver la siguiente tesis: el papel y la conducta del intérprete o mediador intercultural en el ámbito sanitario ante situaciones que puedan ser desfavorables para el paciente por razones socioculturales o de identidad de género, o por posibles neurodivergencias. Por lo tanto, explicaremos en este apartado los pasos que hemos seguido para lograr establecer un marco teórico que apoye de forma suficiente y capaz la consiguiente propuesta de principios deontológicos básicos a seguir a la hora de tratar con este tipo de pacientes.

En primer lugar, tuvimos que realizar una búsqueda extensiva de literatura relacionada con los puntos que pretendíamos tratar. En otras palabras, tuvimos que

buscar, por una parte, códigos éticos de conducta (o códigos deontológicos) para la interpretación y mediación intercultural en el ámbito sanitario. Tras llevar a cabo dicha búsqueda por distintas páginas web universitarias como la de la UJI (Universidad Jaume I) e internacionales, decidimos optar por revisar y explicar cinco códigos deontológicos de tres países diferentes: el “Un código ético a nivel nacional para la interpretación sanitaria”, del “Consejo nacional de interpretación sanitaria”, o “NCIHC”; el “Código ético de AMITAS para intérpretes y traductores sanitarios”, de la “Asociación estadounidense de intérpretes y traductores sanitarios”, o “AMITAS”; el “Directrices de trabajo con intérpretes”, de Ann Corsellis en el “Registro nacional de intérpretes en los servicios públicos”, o “NRPSI”; el “Código ético y directrices para la buena práctica para intérpretes”, del “Servicio de interpretación sanitaria y servicios sociales de Irlanda del Norte”; y, por último, el “Estándares para intérpretes sanitarios en California. Principios éticos, protocolos, y orientaciones sobre sus funciones e intervención”, de la “Asociación de intérpretes sanitarios en California”, o “CHIA”, ya que son referentes en nuestro oficio a nivel internacional. Tras su intensiva revisión y explicación, como se desarrollará más a fondo en el próximo apartado, llegaremos a puntos en común y nuevas aportaciones importantes que proporcionaban, como los principios de confidencialidad y de fidelidad, así como también nos indicarán que es preciso formarse de forma específica para llevar a cabo nuestra labor de la manera más satisfactoria posible a la hora de tratar con realidades que pueden no ser comprendidas o consideradas en una primera instancia, y por las que el intérprete o mediador intercultural debe hacer de puente para facilitar la comunicación entre las partes y, consecuentemente, que la parte receptora de los servicios sanitarios llegue y se mantenga a un punto de equidad para con el resto de pacientes que sí hablan la lengua y comparten la sociedad y la cultura de los proveedores de dichos servicios.

Tras otra búsqueda por distintos dominios web, no conseguimos encontrar un código deontológico para la interpretación sanitaria en España, por lo que recurrimos al Código de deontología médica elaborado por la Organización Médica Colegial, u “OMC”, ya que el profesional médico y el intérprete sanitario deben seguir una conducta similar a la hora de tratar con los pacientes, a pesar de tener papeles diferentes. Tras su respectivo análisis, podremos desdibujar hechos como que el deber principal de un proveedor de servicios médicos es el de atender con la mayor rigurosidad, profesionalidad, brevedad y respeto posible a los pacientes, sin discriminarles por ningún motivo como la etnia, el género o diversidad funcional, entre otros. Asimismo, se podrá



comprobar si el ámbito sanitario es uno en constante cambio y renovación, por lo que se debería participar de forma en actualizar los principios que rigen la práctica médica y adaptarlos a las necesidades de distintas personas en una sociedad que está en constante evolución. Una vez revisados todos estos códigos, y conforme al punto de mira que estábamos llevando a cabo en este proyecto, nos fue preciso seguir con nuestra labor investigativa. En esta ocasión, se necesitó buscar literatura de profesionales y académicos en el ámbito a través de la herramienta de búsqueda Google Académico, mediante palabras clave como “atención a pacientes autistas” o “identidad de género”, pasando por otras como “pronombres neutros en español” o “trato a personas con TDAH”, entre muchas otras también relacionadas con la interpretación, como “interpretación sanitaria” o “dilemas éticos en la interpretación”. Además, teniendo en cuenta dicho valor académico presente en nuestro trabajo, se realizó una labor investigativa a través de la biblioteca virtual de la Universidad de Alcalá, “e\_Buah”.

Gracias a esto, nos fue posible encontrar artículos escritos por una gran variedad de autores que nos ayudaron a perfilar la labor que estábamos realizando; y que consecuentemente revisamos de manera exhaustiva en los subapartados correspondientes del marco teórico: primero, en “Neurodivergencias”; segundo, en “Identidad de (trans)género”; y tercero en “Interpretación y mediación intercultural en el ámbito sanitario”. Todo esto nos facilitó la organización de las ideas y puntos básicos que queríamos destacar en este trabajo, como las necesidades especiales que pueden requerir las personas autistas o con TDAH, la discriminación y pésima situación de salud que tienen las personas dentro del colectivo y espectro de género trans, y la labor profesional que siguen los intérpretes o mediadores interculturales sanitarios en nuestro país, entre muchas otras. Debido a estos pasos que hemos seguido, se podría decir que en este trabajo se ha elegido una metodología exploratoria basada en la revisión bibliográfica y en el análisis de contenido desde una perspectiva tanto social como profesional y sanitaria. Por consiguiente, y en relación con dicho carácter social, también consideramos necesario revisar varios puntos de vista de profesionales relacionados a los ámbitos que estábamos tratando. Esto se realizó a través de artículos de revistas como la *BBC NEWS Mundo* o *El Confidencial*, entre otras; así como a través de la famosa red social Twitter. Además, en ocasiones puntuales se recurrió a diccionarios oficiales de la lengua, como el de la Real Academia Española, para proporcionar la definición de ciertos términos. Sin embargo, debido a una falta de recursos, no se ha podido optar por una metodología más enfocada

a la obtención de resultados en primera persona mediante el ejercicio de la labor de interpretación sanitaria, haciendo entrevistas a personas neurodivergentes o transgénero extranjeras que hayan podido encontrarse en una situación de exclusión y mala praxis sanitaria en nuestro país, o experimentándolo uno de primera mano.

Por otra parte, una vez se ha terminado la revisión y el análisis de la literatura concerniente en el marco teórico, se va a proceder en la siguiente sección a la revisión y análisis de los códigos éticos de conducta mencionados anteriormente, así como a la propuesta de los principios básicos deontológicos a los que hemos ido apuntando a lo largo de este trabajo. Dicha propuesta se va a llevar a cabo haciendo alusión a todo lo visto hasta este punto, es decir, a dicha literatura mencionada anteriormente referida a personas neurodivergentes o posiblemente discriminadas por su identidad de (trans)género, además de a las intérpretes sanitarias profesionales del último subapartado del marco teórico. Más específicamente, se tomarán de referencia las ideas principales y más importantes a las que lleguemos gracias a los distintos códigos éticos de conducta y se llevarán a las realidades en las que nos estamos enfocando para así concluir en la elaboración de dicha propuesta.

Por último, se establecerá una conclusión con las ideas a las que hemos conseguido llegar a lo largo de este proyecto, pasando por una breve mención de cada una de ellas, así como también se propondrán temas a tratar en posibles futuros trabajos de investigación o prácticos dentro de este entorno académico, profesional, social y sanitario. Una vez terminado con todos estos puntos, dado que este es un Trabajo de Final de Máster, se resumirán brevemente todos los contenidos de este en la lengua en que estamos escribiendo, es decir, español, así como también se elaborará un pequeño resumen en la lengua inglesa.

#### **4. Análisis empírico de los distintos códigos deontológicos.**

En este apartado, como hemos indicado previamente, se van a revisar, analizar y contrastar todos los códigos deontológicos mencionados en la metodología junto a la literatura vista en el marco teórico. Esto nos ayudará a labrar una base lo suficientemente sólida como para hacer la tan necesaria propuesta en la última sección de la parte empírica de este estudio.

#### **4.1. Resumen y explicación de los códigos deontológicos elegidos**

En cuanto a los códigos deontológicos que vamos a ver, serán los siguientes: *A National Code of Ethics For Interpreters in Health Care* [Un código ético a nivel nacional para la interpretación sanitaria], del *The National Council on Interpreting in Health Care* [Consejo nacional de interpretación sanitaria] (de ahora en adelante “NCIHC”), publicado en julio de 2004; *AMITAS Code of Ethics for Medical Interpreters and Translators* [Código ético de AMITAS para intérpretes y traductores sanitarios], de la *American Medical Interpreters and Translators Association* [Asociación estadounidense de intérpretes y traductores sanitarios] (de ahora en adelante “AMITAS”), publicado en enero de 2009; *Guidelines when Working with an Interpreter* [Directrices de trabajo con intérpretes], de Ann Corsellis en el *National Register of Public Service Interpreters* [Registro nacional de intérpretes en los servicios públicos] (de ahora en adelante “NRPSI”), publicado en noviembre de 2003; *Code of Ethics and Good Practice Guidelines for Interpreters* [Código ético y directrices para la buena práctica para intérpretes], del *Northern Ireland Health and Social Services Interpreting Service* [Servicio de interpretación sanitaria y servicios sociales de Irlanda del Norte], publicado en junio de 2004; y, por último, *California Standards for Healthcare Interpreters. Ethical Principles, Protocols, and Guidance on Roles & Intervention* [Estándares para intérpretes sanitarios en California. Principios éticos, protocolos, y orientaciones sobre sus funciones e intervención], de la *California Healthcare Interpreters Association* [Asociación de intérpretes sanitarios en California] (de ahora en adelante “CHIA”), publicado en 2002. Estos nos ayudarán a llevar a cabo la elaboración de unos principios básicos que un código deontológico para la interpretación sanitaria en España (teniendo en cuenta nuestro foco de atención) debería seguir.

El código ético de conducta elaborado por el NCIHC propone nueve ideas principales para la interpretación en el ámbito sanitario: la primera se refiere a la confidencialidad de todo lo que ocurra al tratar a un paciente; la segunda se refiere al deber de transmitir el mensaje de manera correcta, teniendo en cuenta su contenido y contexto social; la tercera se refiere a la imparcialidad, a no aconsejar a ninguna de las partes ni a proyectar creencias personales; la cuarta se refiere a poner límites y separar el papel profesional de la involucración más personal con el paciente; la quinta se refiere a desarrollar y mejorar nuestra consciencia sobre la cultura propia y las otras que podamos encontrarnos durante nuestra carrera profesional; la sexta se refiere a que el intérprete debe tratar respetuosamente a todas las partes; la séptima, y quizás la más interesante para

con nuestro trabajo, se refiere a que cuando la salud, integridad o dignidad del paciente está en riesgo, puede estar justificado que el intérprete actúe como abogado del mismo. Esta abogacía se entiende como una acción realizada en nombre de una persona que va más allá de facilitar la comunicación, con la intención de apoyar unos buenos resultados en materia de salud. Dicha abogacía sólo debería emprenderse tras un análisis cuidadoso y reflexivo de la situación y si otro método menos intrusivo no ha resuelto el problema. La octava se refiere a que el intérprete debe querer mejorar su conocimiento y sus habilidades constantemente; y la novena se refiere a que el intérprete debe actuar en todo momento de forma profesional y ética (NCIHC, 2004, p. 3).

Para esta elaboración, el NCIHC siguió una serie de pasos: el primero fue conseguir apoyo para un código ético de conducta único que guiara la práctica de los intérpretes que trabajan en centros sanitarios. El segundo fue desarrollar un conjunto unificado y aceptado a nivel nacional de normas de práctica profesional basadas en dicho código ético que definieran la práctica competente en este campo. El tercero fue crear un proceso de certificación nacional que estableciera un estándar para la cualificación como intérprete sanitario profesional. Por consiguiente, este documento se organizó en torno a tres secciones principales: la primera ofrece una explicación ética en general y en el contexto de la profesión de intérprete sanitario; en la segunda se describen los valores fundamentales en los que se basa este código ético; por último, la tercera sección presenta un comentario sobre cada uno de los principios que lo componen y que hemos nombrado más arriba (NCIHC, 2004, pp. 4-6).

Más específicamente, en la primera sección se habla de que es importante comprender que los principios contenidos en un código deontológico son concepciones abstractas. Un código deontológico, por muy exhaustivo y conciso que sea, no puede dar ni da respuestas definitivas a todos los posibles dilemas u opciones a los que puede enfrentarse un intérprete. De hecho, los códigos deontológicos contienen inevitablemente contradicciones, del mismo modo que nuestros valores personales pueden entrar en conflicto en determinadas circunstancias. También plantean el por qué tener un código ético de conducta si no puede dar respuestas definitivas, alegando que es para proporcionar una guía y para ayudar a la hora de tener que tomar una decisión. Esto supone un reto, el de crear principios éticos transculturales, especialmente destacado en el ámbito de la interpretación sanitaria, ya que se trata de una profesión que, por su propia

naturaleza, está formada por individuos que representan una amplia variedad culturas (NCIHC, 2004, p. 7).

Además, también se habla en esta sección del respeto que deben tener todos los miembros de la profesión al interprete sanitario, ya que tanto el médico como el intérprete tienen como propósito garantizar el bienestar del paciente, y esto no sería posible sin que el segundo rompiera la barrera del idioma. Esto sitúa al intérprete sanitario en una posición única. A diferencia de los profesionales de muchas otras profesiones en las que el desempeño de las funciones es, al menos hasta cierto punto, transparente para el destinatario de los servicios, los intérpretes sanitarios suelen ser los únicos presentes en el encuentro entre el paciente y el proveedor que son plenamente conscientes de lo que está ocurriendo. En la mayoría de los casos, el intérprete es el único que entiende lo que cada una de las partes se dice, lo que coloca al intérprete sanitario en una posición de enorme poder (NCIHC, 2004, p. 8).

La segunda sección del código deontológico elaborado por el NCIHC se basa en tres valores fundamentales: beneficencia, fidelidad y respeto por la importancia de la cultura y las diferencias culturales. El primero se refiere a que un valor central de la profesión de intérprete sanitario es la salud y el bienestar del paciente, un valor fundamental que comparte con otras profesiones sanitarias. Esto significa que los miembros de estas profesiones tienen como obligación y deber esencial apoyar y no perjudicar la salud y el bienestar del paciente y su sistema familiar de apoyo. El segundo explica que, al cumplir la función esencial de su papel, los intérpretes hacen lo que equivale a un voto de fidelidad al mensaje original al convertir las expresiones de una lengua a otra sin añadir, omitir o distorsionar el mensaje original. El tercero habla de que la cultura enmarca la forma en que interpretamos el mundo, nuestras experiencias en él y nuestra relación con nosotros mismos y con los demás. En el ámbito de la salud, la cultura influye en el significado que se da a los síntomas, a su diagnóstico, a las expectativas sobre el curso de la enfermedad, a la conveniencia y eficacia de los tratamientos o remedios y al pronóstico. Por lo tanto, lengua y cultura están estrechamente interrelacionadas. Sin embargo, hasta que todos los profesionales sanitarios estén plenamente preparados para abordar las diferencias culturales en su práctica, corresponde al intérprete sanitario ser consciente y capaz de alertar tanto al paciente como al proveedor del impacto de la cultura en el encuentro (NCIHC, 2004, pp. 8-9), por lo que también

recaería en el intérprete o mediador intercultural el saber cómo actuar frente a una situación desfavorable para el paciente.

En la tercera sección, la del comentario de dichas ideas principales del código deontológico, se entra en detalle y se ofrece una explicación de cada una de ellas. En la primera de las ideas principales se comenta que la decisión de revelar información no debe tomarse a la ligera. Dicha decisión sólo debe tomarse después de haber hecho todo lo posible por persuadir a la parte de la que procede la información para que la revele ella misma, explicándole qué información debe compartirse, con quién y por qué. Si, por las razones que sean, el paciente se niega a hacerlo y el intérprete toma la decisión ética de revelar la información, debe hacerlo de forma responsable y respetuosa. En la segunda, se comenta que, en caso de comunicación directa entre un paciente y un proveedor, los mensajes y los significados transmitidos no deben ser censurados salvo por las propias partes. Por lo tanto, es necesario que el intérprete transmita todo lo dicho por cualquiera de las partes en su totalidad y de la forma en que se emite el mensaje, es decir, sin omitirlo o distorsionarlo. Además, siempre que sea posible, los intérpretes deben transmitir el significado de los gestos, el lenguaje corporal y el tono de voz que contribuyan significativamente al contenido del mensaje, especialmente cuando la otra parte no los perciba o los malinterprete. Sin embargo, hay ocasiones en las que se hacen comentarios que pueden percibirse como ofensivos por la otra parte y afectar involuntariamente a la relación paciente-proveedor de forma negativa. Entonces, los intérpretes pueden considerar la posibilidad de hablar con su propia voz, alertando al orador de los posibles efectos negativos de sus palabras (NCIHC, 2004, pp. 12-15). Estos aspectos también serán de interés a la hora de analizarlos y relacionarlos con el tema específico que intentaremos abordar en los próximos apartados.

Con respecto a la tercera idea principal, se comenta que ser imparcial significa que los intérpretes no juzgan el contenido de los mensajes para tomar decisiones sobre lo que debe transmitirse o no, o sobre cómo debe transmitirse. También significa que los intérpretes no juzgan a ninguna de las partes del encuentro y que respetan la autonomía de cada una de ellas. Por tanto, los intérpretes no deben tomar partido ni intentar persuadir a ninguna de las partes. Al defender este valor, los intérpretes reconocen y aceptan plenamente la humanidad y las necesidades humanas de las partes en el encuentro. Por consiguiente, responder con empatía a un paciente que puede necesitar consuelo y tranquilidad es simplemente la respuesta de un ser humano que se preocupa por los demás.

En lo referido a la cuarta de las ideas principales, se comenta que mantener los límites profesionales se refiere a que los intérpretes sólo desempeñan las funciones de un intérprete sanitario mientras ejercen esa función y no asumen ninguna otra función que no sea la suya. Esta idea también exhorta a los intérpretes a abstenerse de involucrarse personalmente con las personas para las que interpretan ya que la situación de un paciente, especialmente cuando se ve agravada por la incapacidad de hablar la lengua del proveedor o de saber cómo desenvolverse en el sistema sanitario, coloca a la persona en una posición muy vulnerable. Por lo tanto, los intérpretes no deben aprovechar dicha vulnerabilidad en su propio beneficio e interactuarán con el paciente de forma respetuosa y culturalmente apropiada en todo momento (NCIHC, 2004, pp. 15-17). Estas ideas principales pueden ser interesantes especialmente porque mencionan los límites profesionales y personales, además de cómo dirigirse e interactuar con el paciente conforme a su cultura y a sus necesidades. Al tratar con seres humanos, y al ser el ser humano un animal social, debemos ser conscientes de dichas necesidades derivadas de esta realidad, como podría ser la identidad de género del paciente.

En cuanto a la quinta idea principal, se comenta que la cultura de cada individuo se manifiesta de manera diferente ya que está mediada por circunstancias y experiencias únicas del mismo, como su personalidad, sus valores y creencias familiares, su clase social, su género, su educación y otras características personales, así como su nivel de aculturación en otra cultura. Se añade también que la competencia cultural es un valor y un principio ético que deben compartir todos los miembros del equipo médico, incluido el intérprete. Sin embargo, la realidad es que, en la mayoría de los casos, los intérpretes seguirán siendo los miembros del equipo que entenderán mejor los factores culturales que influyen en el proceso de comunicación y creación de significado. Por lo tanto, de acuerdo con el principio de fidelidad al mensaje original y en consonancia con el objetivo del encuentro clínico (garantizar el bienestar del paciente) el intérprete tiene la obligación de desarrollar su comprensión de las culturas de los demás participantes en el encuentro e incorporar este conocimiento a su práctica profesional. En el comentario de la sexta idea principal, se reitera en el respeto que debe mantener el intérprete para con las otras partes en todo momento (NCIHC, 2004, pp. 18-19). Es interesante ver cómo se considera el género en estos apartados y valdrá como apoyo para el futuro análisis. Esto se debe a que muchas veces el género podría no tenerse en cuenta al tratar con seres humanos, cuando,

como se ha delineado en la introducción a este trabajo, es una característica tan fundamentalmente social que no puede ignorarse en este tipo de contextos sanitarios.

En la séptima se comenta que los intérpretes a veces ven injusticias o comportamientos éticamente inapropiados que pueden poner en peligro a una o más personas en el encuentro o que pueden afectar negativamente a distintos grupos dentro de la institución sanitaria. En tales casos, los intérpretes pueden considerar éticamente necesario adoptar un papel de defensa, es decir, actuar como mediadores para “defender una causa”. Esto debe hacerse tras una observación clara y/o coherente de que algo no está bien y de que es necesario tomar medidas para corregirlo. Más específicamente, este acto de defensa o abogacía constituye la esencia del comportamiento ético de todos los que participan en la atención sanitaria: defender la salud y el bienestar (social, emocional y físico) de los pacientes y garantizar que no se produzca ningún daño. En cualquier caso, los intérpretes deben actuar de manera que respeten la privacidad y los derechos de las partes concernientes. En la octava, se añade que las profesiones son sistemas dinámicos sujetos a cambios y que deben adaptarse constantemente. Por último, en la novena se infiere que los intérpretes no deben discriminar a nadie en la prestación de sus servicios, ya sea por características personales como raza, clase social, orientación sexual o capacidad para recompensarles por sus servicios. Este código deontológico concluye comentando que hay ocasiones en que dichas ideas principales pueden entrar en conflicto entre sí en una situación concreta, ya que este, en lo que a comportamiento ético se refiere, es inevitable (NCIHC, 2004, pp. 19-22). En estos puntos podemos apreciar cómo se hace hincapié en que prima la salud y bienestar del paciente en lo que se refiere al ámbito social (y por consiguiente identitario), emocional y físico, lo que contribuirá a la futura propuesta que llevaremos a cabo en este trabajo.

El Código ético de AMITAS para intérpretes y traductores sanitarios parte de la premisa de que las competencias de un intérprete en este campo de especialización incluyen la sensibilidad cultural y la concienciación y el respeto a todas las partes implicadas, así como el dominio de la terminología médica y coloquial, que hacen posibles unas condiciones de confianza mutua y comunicación precisa que llevan a una prestación eficaz de servicios sanitarios. Este se divide en cuatro grandes secciones que hablan de la conducta del profesional de interpretación, divididas a su vez en distintos puntos. La primera sección trata del trabajo de comunicación en general de un intérprete, qué tipos de encargos aceptar, etc.; la segunda especifica su conducta para con el paciente;



la tercera se refiere a cómo debe comportarse con el profesional médico, es decir, el proveedor de los servicios sanitarios; y la cuarta añade otros puntos importantes a tener en cuenta por el intérprete para garantizar una prestación de servicios equitativa y de calidad (AMITAS, 2009, pp. 1-3).

La primera sección, como ha sido mencionado anteriormente, nos habla de la conducta en general del intérprete al llevar a cabo la comunicación intercultural entre las partes, y hemos considerado importantes todos sus puntos. En primer lugar, el intérprete realizará su trabajo de forma precisa, completa y clara, con la mayor fidelidad posible al mensaje e intención originales. En segundo lugar, considerará toda la información adquirida y/o transmitida durante la interpretación como estrictamente confidencial sin divulgar ninguna parte de esta a menos que cuente con la plena aprobación del paciente y de su médico. En tercer lugar, se esforzará por mejorar el proceso de comunicación entre todas las partes, proporcionando información y orientación sobre las necesidades de comunicación implicadas en la interacción. En cuarto lugar, interpretará todo, pero informará al profesional sanitario si el contenido a traducir puede percibirse como ofensivo, insensible o perjudicial para la dignidad y el bienestar del paciente. En quinto lugar, el intérprete no aceptará ningún encargo para el que no esté debidamente cualificado, ya sea por sus conocimientos lingüísticos o por su comprensión del tema a tratar, a menos que el paciente y el profesional sanitario comprendan sus limitaciones y no se disponga de otra fuente de interpretación más adecuada. Por último, no aceptará ningún encargo en situaciones en las que estrechos vínculos personales o profesionales puedan afectar a la imparcialidad necesaria, a menos que por una emergencia se precise dicho servicio (AMITAS, 2009, p. 1). En estos primeros puntos generales, ya podemos ver cómo se puede interpretar que nuestro trabajo debe garantizar, a parte de una comunicación exitosa entre ambas partes, un trato adecuado y adaptado a las necesidades de cada paciente. Asimismo, se puede observar cómo se pone en el intérprete la responsabilidad y el deber de ser consciente de todo intercambio comunicativo y cultural en que estén presentes y, como resultado, estos deberían alertar a las partes involucradas de cualquier elemento que pueda crear un conflicto.

En la segunda sección, ya se especifica nuestro papel en el trato con el paciente y comprende los puntos a continuación. El intérprete se esforzará por formar una relación de confianza y respeto en todo momento con el paciente, ateniéndose a los puntos delineados en la primera sección. Además, deberá adoptar una actitud afectuosa y atenta,

a la vez que discreta e imparcial hacia el paciente, hacia sus preguntas, sus preocupaciones y sus necesidades. También hará todo lo posible por comprender y comunicar a las demás partes el contexto (social y cultural) en el que se desenvuelve el paciente, sobre todo en la medida en que pueda afectar a sus necesidades y a su situación médica. El intérprete, asimismo, hará todo lo posible para asegurarse de que el paciente ha comprendido las preguntas, instrucciones y demás información transmitida por el profesional sanitario. Por último, se abstendrá de desempeñar papeles y funciones que excedan los de su profesión de mediador intercultural y lingüístico, a fin de que el paciente tenga una comprensión fiable y clara del servicio prestado (AMITAS, 2009, pp. 1-2). En esta sección podemos ver puntos muy importantes que servirán para la posterior propuesta que se realizará en este trabajo, como el contexto social y cultural en que se desenvuelve el paciente, en el que se incluyen algún tipo de neurodivergencia o identidad de género; además de la relación intérprete-paciente que debemos desarrollar para asegurar una prestación de servicios de calidad.

Por otro lado, la tercera sección del código deontológico propuesto por AMITAS nos habla de la relación intérprete-profesional sanitario. Esta delinea, como la anterior, que el intérprete desarrollará una relación de confianza y respeto en todo momento con el proveedor de servicios sanitarios, ateniéndose a los puntos de la primera sección y ateniéndose a lo siguiente: el intérprete será empático y cooperará con proveedor de servicios sanitarios, tendrá una actitud imparcial hacia el mismo y hará todo lo posible para garantizar una comunicación clara de cualquier información que pueda precisar dicho profesional sanitario. Asimismo, se considerará responsabilidad del intérprete estar bien informado con respecto a las realidades culturales/sociales del paciente y educar a aquellos profesionales que por falta de conciencia sociocultural puedan ser llevados a malinterpretar o entrar en conflicto con dichas realidades. Por último, al igual que en la anterior sección, el intérprete deberá ser consciente de sus limitaciones y competencias, y, por lo tanto, se abstendrá de desempeñar cualquier papel, función o servicio que no pertenezca al puesto de intérprete sanitario definido anteriormente (AMITAS, 2009, p. 2). Se puede apreciar en este apartado cómo se nos da una responsabilidad más, la de educar a los profesionales con respecto a las realidades de los pacientes que, por cualquier motivo sociocultural, se puedan estar ignorando y, por ende, potencialmente poniendo en riesgo.

En su cuarta y última sección, AMITAS añade otras responsabilidades y deberes del intérprete, como la de seguir formándonos profesionalmente; la de mantener contacto con otros intérpretes/traductores participando en reuniones, foros y facilitando el flujo recíproco de información y apoyo profesional; la de almacenar y eliminar los registros confidenciales de forma que se mantenga dicha confidencialidad de la información; la de promover y apoyar unas condiciones que fomenten el respeto por la diversidad de culturas que constituyen nuestra sociedad; la de esforzarse por garantizar que todas las personas tengan acceso a los recursos, los servicios y las oportunidades necesarias para una atención sanitaria justa y de calidad; o la de apoyar la formulación, el desarrollo, la promulgación y la aplicación de políticas de interés para nuestra profesión (AMITAS, 2009, pp. 2-3). Este último apartado es particularmente de interés porque resume lo enunciado en los anteriores, así como añade que debemos luchar por la aplicación de leyes que amparen nuestro trabajo y podamos, en consecuencia, proteger con amparo legal la integridad de pacientes que puedan o no tener necesidades fuera de la norma.

El Registro nacional de intérpretes en los servicios públicos, NRPSI, nos ofrece otro punto de vista a considerar dentro del campo sanitario: el de la conducta a seguir cuando se trabaja con un intérprete. En otras palabras, lo que deberían seguir los profesionales sanitarios, o proveedores. A parte de cuestiones básicas como facilitar el primer encuentro profesional-profesional con el intérprete, o la lengua o dialecto en que se va a conducir la comunicación con el paciente (NRPSI, 2003, p. 1) este documento también delinea cuestiones que pueden ser de interés para este proyecto. Una de ellas es la de conceder a la consulta más tiempo del habitual porque, en un intercambio interpretado, todo tiene que decirse dos veces y tiene que haber explicaciones para adaptarse a las diferentes percepciones culturales y sociales; otra, especifica que, cuando el caso lo exija, como un caso de abuso infantil, se deberá seleccionar un intérprete cuyo género sea el necesario para la consulta. Además, se añade que el intérprete alertará a ambas partes de una inferencia cultural errónea, es decir, que se ha dado por supuesto el conocimiento de un dato, cuando podría no ser el caso en una u otra cultura (NRPSI, 2003, p. 2). A nuestro parecer, este es un documento de vital importancia ya que no solo recaería la responsabilidad de asegurar y garantizar el bienestar constante del paciente en el intérprete, sino que esto también formaría parte del conjunto de deberes del profesional médico. Por lo tanto, se estaría infiriendo que tanto la figura del primero como del segundo deberían trabajar en conjunto para ofrecer el servicio necesario.

El proveedor del servicio también deberá preguntar al paciente si no está seguro de su actitud, sus percepciones o sus normas culturales, en lugar de preguntar al intérprete. Esto se debe a que cada paciente intercambia y presenta la información de una forma distinta, válida para dicho paciente conforme a su realidad personal; algunos van al grano rápidamente, otros se esfuerzan por hacerlo y otros son reacios a expresar la información. Asimismo, se denota que el lenguaje corporal puede significar cosas distintas en idiomas diferentes y puede ser necesario aclararlo. Por último, se afirma que al final de la consulta, puede ser útil hacer un resumen de lo que se ha decidido y aclarar los siguientes pasos prácticos (NRPSI, 2003, p. 2). Este documento, como ya ha sido mencionado, es de particular interés porque no solo pone todo el peso del intercambio comunicativo en el intérprete, sino que también hace recaer responsabilidades sobre el profesional sanitario. Por ende, ser consciente de las diferentes culturas y aspectos identitarios y/o sociales no es solo deber del intérprete o mediador intercultural. También cabe destacar que, en uno de los puntos delineados en este documento, se habla de no asumir ningún aspecto del paciente ya que puede llevar a malentendidos; así como también se especifica que, en casos de abuso infantil, se deberán tomar medidas y decisiones especiales para asegurar el bienestar del paciente. De esto se podría inferir que también es posible tener en cuenta otras situaciones en que el tipo de pacientes que estamos tratando en este proyecto se sientan incómodos o en que vean su bienestar en riesgo, y actuar en consecuencia para eventualmente conseguir un trato sanitario más equitativo y justo, ya que partimos de la base de que no todo el mundo se expresa o se comporta de la misma forma ni tiene las mismas necesidades físicas ni emocionales.

En cuanto al Código ético y directrices para la buena práctica para intérpretes del Servicio de interpretación sanitaria y servicios sociales de Irlanda del Norte (de ahora en adelante “NIHSSIS”, por sus siglas en inglés), se presentan varios puntos en común en su código ético de conducta con los demás vistos anteriormente. Sin embargo, propone otros que pueden ser muy interesantes debido a su carácter social, aspecto que estamos investigando en este trabajo. Entre las que se repiten, aunque no al completo, entra el deber de no discriminar a nadie, ni directa ni indirectamente, por motivos de clase, sexo, orientación sexual, origen étnico, origen nacional, convicciones políticas o creencias religiosas, discapacidad, estado civil, tener o no familiares a cargo, o edad. Sin embargo, se especifica que se debe estar atento y ser sensible en todo momento a las necesidades, deseos y bagaje individuales y personales del cliente (NIHSSIS, 2004, p. 6). Se puede

apreciar aquí que esté código ya parte la base de que no todos los pacientes son iguales ni tienen las mismas necesidades, ya sea por su género, clase social o por alguna discapacidad física, por lo que habrá que atender de forma equitativa a aquellos que lo precisen.

Otro de los aspectos importantes a considerar de este código es, como se ha mencionado con anterioridad, que especifica en realidades que en los otros códigos se tendrían que interpretar o inferir. Este es el caso de, partiendo del deber de realizar únicamente trabajos que se puedan llevar a cabo de forma satisfactoria, cuando denomina reglas a seguir al encontrarnos con un adulto vulnerable o niños. Dada este tipo de situación, el intérprete deberá pasar por una comprobación del servicio de asesoramiento previo a la contratación (*PECS*, por sus siglas en inglés) para reducir cualquier riesgo para dichas personas vulnerables. Una vez hecho este paso, se delinea que en ninguna circunstancia debe un intérprete ponerse en una situación de riesgo en presencia de un adulto o niño vulnerable. Además, los intérpretes trabajen con adultos o niños vulnerables, un profesional médico o un miembro del personal debe acompañarlos en todo momento; si existiera la posibilidad de que un intérprete pudiera quedarse a solas con un adulto vulnerable o un niño, deberá informar de ello y pedir instrucciones al profesional o retirarse. Por último, el intérprete deberá dejar constancia de dicho incidente en el Servicio de Interpretación rellenando y devolviendo inmediatamente un formulario de seguimiento del intérprete (NIHSSIS, 2004, p. 7). Aquí vemos cómo este tipo de situaciones especiales están más reguladas y amparadas, algo que también sería importante, a la par que necesario, implementar en un posible código deontológico adaptado al sistema sanitario español. Hablando de dichas circunstancias especiales, el NIHSSIS también dicta que se pedirá al intérprete que consulte con el “*Manager del Servicio de Interpretación*” (una figura en el sistema de Irlanda del Norte) sobre asuntos que hayan surgido en la sesión de interpretación o en torno a ella y que puedan requerir medidas adicionales o asesoramiento (NIHSSIS, 2004, p. 8).

No solo se delinea la conducta a seguir del intérprete o mediador intercultural en este código, sino que también se indican los derechos de esta figura tan vital para la comunicación entre las dos partes cuando existen barreras culturales y lingüísticas: el intérprete podrá rechazar o poner fin a un encargo cuando considere que no ha recibido la información adecuada o que el tema a tratar supera sus capacidades; cuando se vea sometido a exigencias o comportamientos inaceptables por parte de clientes o

profesionales; y cuando se produzca un incidente grave de abuso racial u otro tipo de discriminación. Asimismo, tiene derecho a ser tratado y respetado como profesional, a ser remunerado, a solicitar el tiempo necesario para desempeñar sus funciones antes, durante y después de la entrevista (excluidas las situaciones de emergencia); especialmente a ser intérprete, no médico, trabajador social o comunitario, secretario, etc. Por último, no debe esperarse de esta figura que sea un "experto" en cuestiones médicas o culturales (NIHSSIS, 2004, p. 10). Sin embargo, a pesar de que esté comprendido dentro de sus derechos, y como hemos visto en los anteriores puntos de este código, el intérprete tiene el derecho de sólo hacer el papel de intérprete. Esto puede entrar en conflicto con el deber de no discriminar directa o indirectamente a ningún paciente, llevándonos a la siguiente pregunta: ¿es un tipo de discriminación indirecta presenciar una injusticia social hacia un paciente, por motivos de identidad de género o por una neurodivergencia, y no hacer nada?

En relación con esta idea, también se nos habla del tipo de información que se nos deberá proporcionar a los intérpretes antes de aceptar el encargo, como los datos del cliente, entre los que se encuentran el nombre y sexo, el idioma y dialecto, y, si procede, el número de contacto; además de información adicional, como si la consulta tendrá lugar en un entorno especializado. Por consiguiente, antes de aceptar el encargo, el intérprete debe comprobar, entre otros aspectos, si existe una correspondencia adecuada en términos de idioma, dialecto, o sexo; o si se trata de un tema complicado o especializado que va más allá de su formación o experiencia. Una vez aceptado dicho encargo, el intérprete deberá realizar las investigaciones necesarias para familiarizarse con el tema específico, incluido el vocabulario pertinente (NIHSSIS, 2004, pp. 14-16). De estos puntos se podría añadir que, desde el punto de vista que estamos tomando en este proyecto, también sería necesario incluir en la información del paciente, si se tuviera, los pronombres usados por el paciente o si tiene algún tipo de necesidad especial debido a su identidad o situación emocional y/o psíquica. Esto, por su naturaleza confidencial, no perjudicaría al paciente, sino que le ayudaría a ser tratado con la dignidad y respeto que merece, al igual que el resto de pacientes que no tengan necesidades especiales más allá del motivo por el que acudan al centro sanitario.

Siguiendo estas ideas, el NIHSSIS propone que, en la entrevista previa con el profesional médico, se deberá seguir lo siguiente: discutir cualquier incidente previo en el que el profesional no haya comprendido las implicaciones culturales del paciente;

discutir cualquier comportamiento conflictivo que pueda producirse y cómo podría responder el intérprete; establecer cómo pronunciar el nombre del cliente. Discutir este tipo de información cultural tiene tanto su lado positivo como su lado negativo: por un lado, se anima a los profesionales a aprovechar los conocimientos de los intérpretes sobre estas cuestiones, cuando dicha información pueda ser relevante para la cita con los servicios sanitarios o sociales. Esto puede ser de ayuda ya que da información objetiva para facilitar la comprensión de la situación del paciente. Por otro lado, discutir la "información cultural" de forma equivocada puede contribuir a crear estereotipos sobre determinados grupos, por lo que es importante juzgar este equilibrio y evitar hacer afirmaciones que puedan utilizarse de este modo. Asimismo, debe evitarse cualquier estereotipo o comentario que pueda interpretarse como perjudicial. Si por alguna razón no se pudiera dar esta entrevista previa, será deber del intérprete compartir con el profesional médico cómo dirigirse al paciente, así como cómo pronunciar su nombre (NIHSSIS, 2004, pp. 17-21). De nuevo, recae en el intérprete la responsabilidad de estar al tanto de la identidad del paciente, haciéndoselo saber a la otra parte y por consiguiente garantizando el respeto hacia el mismo, así como su derecho a ser tratado con la misma dignidad que son tratados el resto de pacientes que no tienen una barrera cultural y lingüística. Asimismo, se delinea en el código norirlandés que se deberá informar al profesional (previa consulta con el cliente) de los sistemas dentro de la cultura del cliente que sustentan su comportamiento y comentarios; al igual que se deberá cuestionar los estereotipos, la insensibilidad cultural o las prácticas discriminatorias (NIHSSIS, 2004, pp. 23-24).

Durante la consulta, pueden darse circunstancias en las que la mejor forma de actuar no es evidente. Por lo tanto, el intérprete debe ser consciente y estar sensibilizado con los factores que varían entre individuos y grupos y que, por tanto, son relevantes para la prestación y el uso de los servicios sanitarios y sociales. Esto es importante desde el punto de vista práctico, ya que es probable que una proporción sustancial del grupo de clientes con el que se encuentra el intérprete esté aislada y en situación de desventaja social. Entre dichos factores figuran experiencias de racismo y/u otras formas de discriminación y experiencias negativas anteriores con los servicios sanitarios y sociales; actitudes negativas (estigmatización) hacia determinadas afecciones (por ejemplo, enfermedades mentales) o procedimientos (por ejemplo, ingreso obligatorio en hospitales en virtud de la salud mental); u otras situaciones que puedan provocar estrés. En

consecuencia, se necesitaría hablar de conceptos como la imparcialidad y la abogacía para con el paciente, también abordados en este código, bajo el nuevo concepto de “interpretación comunitaria”. La interpretación comunitaria es el enfoque de la interpretación basado en la defensa de los derechos del paciente. Sin embargo, los intérpretes que trabajan en consultas no suelen trabajar a tiempo completo en el ámbito de la defensa de la salud y deben tener cuidado de no asumir las responsabilidades adicionales de tal función (NIHSSIS, 2004, pp. 27-29). Estos conceptos pueden ser considerados de gran importancia porque la figura del intérprete o mediador cultural puede significar el único punto de apoyo para una persona que está viendo sus derechos, integridad física y emocional, y su dignidad, violadas en un sistema en el que no sabe desenvolverse debido al inconveniente del idioma.

A continuación, se ofrece orientación sobre el papel del intérprete comunitario: en primer lugar, el intérprete debe evitar hablar en nombre del cliente, al igual que de defender su caso. Esto no impide que el intérprete recuerde a los clientes sus derechos o las preguntas que querían hacer. En segundo lugar, el intérprete debe hacer todo lo posible por aclarar el significado de las palabras o la terminología utilizadas por el profesional o el cliente cuando no le resulten familiares o no disponga de equivalentes exactos. En tercer lugar, se debe tener en cuenta que la información puede ser transmitida al intérprete mediante mensajes indirectos, discretos, inconscientes o poco claros y revelaciones (verbales o no verbales) por parte del cliente o del profesional. En este caso, el intérprete debe confirmar si esto se desea transmitir mediante aclaraciones con la parte concerniente. En cuarto lugar, cuando el profesional muestre curiosidad o sorpresa sobre un asunto concreto, el intérprete puede informarle de los sistemas de la cultura del cliente en los que se basan sus declaraciones o su comportamiento. No debe permitirse que la opinión personal del intérprete sobre dichos sistemas se inmiscuya en la sesión de interpretación, ni que el intérprete estereotipe, es decir, este deberá permanecer imparcial. En quinto lugar, la tarea del intérprete no consiste en asesorar o aconsejar al cliente, ya que esto suele ser tarea del profesional. Si el cliente pide consejo al intérprete, éste puede remitirle a las organizaciones o agencias de apoyo adecuadas. En sexto lugar, el intérprete no es un trabajador social o comunitario y no debe permitir que se le utilice en estas funciones. Por último, el intérprete debe ser consciente de que el consentimiento es una cuestión y un proceso primordiales en los exámenes, tratamientos o cuidados y en todos los ámbitos



de la medicina y que el cliente tiene pleno derecho a elegir tras haber sido completamente informado (NIHSSIS, 2004, pp. 29-30).

También se delinea que debe considerarse el género del paciente, ya que podemos encontrarnos con situaciones en las que una paciente sea reacia a compartir información con un intérprete hombre (o viceversa), pero no lo diga abiertamente; y ser consciente de esta posibilidad debería incitar a la investigación sobre este asunto. Asimismo, en una de las declaraciones finales, se afirma lo siguiente: que el servicio de interpretación implementará acciones positivas para garantizar la igualdad de oportunidades en todas sus prácticas; que el servicio de interpretación supervisará sus progresos en relación con la consecución de la igualdad de oportunidades; que el servicio de interpretación se esforzará por crear y mantener un entorno en el que los intérpretes no se sientan aprensivos por creencias religiosas, opinión política, género y estado civil, orientación sexual, discapacidad, edad, raza u origen étnico, y/o responsabilidad doméstica (NIHSSIS, 2004, pp. 32-45). Estos últimos puntos son de especial relevancia porque, de nuevo, especifica que puede haber necesidades especiales y que no se debe discriminar al paciente basándose en realidades particulares que otros códigos éticos de conducta no mencionan, o por lo menos no con tanta precisión. Si partimos de la base de que no todos los pacientes son iguales debido a circunstancias personales, pero que sí deben de ser tratados de manera equitativa teniendo en cuenta dichas circunstancias, entonces se podría afirmar que este tipo de códigos que sean exhaustivos en su especificación para con las distintas realidades que puedan llegar a tener los pacientes son de vital importancia para los intérpretes o mediadores interculturales que trabajen en este ámbito, ya que muchos pueden no estar preparados o no saben enfrentarse a ello.

En lo referido a los Estándares para intérpretes sanitarios en California; principios éticos, protocolos, y orientaciones sobre sus funciones e intervención, de la Asociación de intérpretes sanitarios en California, CHIA, se podría decir que cubren muchos puntos en cuanto al oficio de la interpretación o mediación intercultural en el ámbito sanitario, así como también delinea o define y especifica en otros cuyo análisis puede ser de gran ayuda para la propuesta final de principios básicos que se quiere alcanzar en este proyecto. Este documento parte del punto de que pretenden aumentar la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria mediante el desarrollo y la promoción de la profesión de intérprete sanitario; así como la defensa de servicios cultural y lingüísticamente adecuados; y la educación y formación de los profesionales sanitarios. Esto se daría siguiendo un

principio que tiene en común con los demás códigos, el del respeto por las personas y sus comunidades y entorno: los intérpretes se esforzarán por fomentar relaciones de respeto mutuo entre las tres partes de la interacción (paciente, proveedor e intérprete), al tiempo que apoyan la salud y el bienestar del paciente como máxima prioridad de todos los profesionales sanitarios. Asimismo, parte de la base de la capacidad de respuesta cultural: los intérpretes intentarán comprender cómo la diversidad y las similitudes y diferencias culturales tienen un impacto fundamental en el encuentro sanitario. Los intérpretes desempeñan un papel fundamental a la hora de identificar los problemas culturales y considerar cómo y cuándo pasar a un papel de clarificador cultural. Desarrollar la sensibilidad y la receptividad culturales es un proceso que dura toda la vida y que comienza con una mirada introspectiva sobre uno mismo (CHIA, 2002, pp. 1-11). Aquí podemos ver cómo de nuevo existe un punto en común entre los diferentes códigos elaborados por diferentes países o estados, por parte de diferentes organizaciones o asociaciones, y en diferentes años. Esto podría constituir el punto de partida para impartir un servicio de interpretación más justo en el ámbito de la sanidad, que pueda evolucionar y en consecuencia especializarse si así fuera necesario en la realidad de muchos pacientes, como pueden ser su identidad de género o una neurodivergencia.

Uno de los aspectos diferenciadores de estos estándares propuestos por el CHIA es que creen firmemente que añadir un proceso de toma de decisiones éticas para los intérpretes sanitarios es una contribución fundamental. Estos pasos ayudarían a los intérpretes a determinar un curso de acción en dilemas éticos, cuando las acciones para apoyar uno o más principios éticos pueden entrar en conflicto con otro u otros principios éticos. Dichos pasos a seguir para la toma de decisiones éticas serían los siguientes: en primer lugar, hacer preguntas para determinar si hay algún problema; después, identificar y exponer claramente el problema, teniendo en cuenta los principios éticos que pueden aplicarse y clasificándolos según su aplicabilidad; a continuación, aclarar los valores personales en relación con el problema; en cuarto lugar, considerar acciones alternativas, incluyendo beneficios y riesgos; entonces, se deberá elegir la acción y llevarla a cabo; por último, se tendrá que evaluar el resultado y considerar qué podría hacerse de forma diferente la próxima vez (CHIA, 2002, pp. 11-12). Como se ha mencionado anteriormente, los pacientes que tienen un conocimiento limitado o nulo del idioma que se utiliza en el sistema sanitario al que acuden se enfrentan a muchas barreras, entre ellas las comunicativas, culturales y sociales. CHIA reconoce que estas barreras crean la

necesidad de que los intérpretes sanitarios desempeñen múltiples funciones, que se definirán, al igual que se describirán estrategias de actuación para facilitar la comunicación y ayudar al intérprete a establecer los límites adecuados en beneficio de todas las partes de un encuentro (CHIA, 2002, p. 13). El hecho de que CHIA indique y explique dichas funciones podría ayudar a dar visibilidad a que, en primer lugar, nuestro papel como intérpretes o mediadores interculturales es imprescindible para garantizar el bienestar del paciente extranjero y que tiene problemas para comunicarse debido a su uso del idioma; y a que, en segundo lugar, pueden existir realidades que pueden llegar a no tenerse en cuenta a la hora de atender a dichos pacientes, y que, con mucha frecuencia, solo el profesional encargado del intercambio cultural y comunicativo podría identificar.

Estas funciones mencionadas se dividen en cuatro: en primer lugar, encontramos la de convertir el mensaje. En esta función, los intérpretes escuchan, observan el lenguaje corporal y convierten el significado de todos los mensajes de un idioma a otro sin añadir, suprimir o cambiar el significado innecesariamente. En segundo lugar, tenemos la de aclarar el mensaje. En esta función, los intérpretes están atentos a posibles palabras o conceptos que puedan dar lugar a malentendidos e identifican y ayudan a aclarar posibles fuentes de confusión para el paciente, el proveedor o el intérprete. En tercer lugar, está la de aclarar la cultura. Esta función va más allá de la aclaración de mensajes e incluye una serie de acciones que suelen estar relacionadas con el propósito último de un intérprete, el de facilitar la comunicación entre partes que no comparten una cultura común. Los intérpretes están atentos a palabras o conceptos culturales que puedan dar lugar a malentendidos y actúan para identificar y ayudar a las partes a aclarar ideas culturalmente específicas. Por último, vemos la de defender al paciente. En esta función, los intérpretes apoyan de forma activa los intereses del paciente para con su salud y bienestar. Asimismo, los intérpretes actúan de manera justificada a la hora de defender estos intereses. CHIA insiste en que el complejo papel de defender al paciente es una función opcional que debe dejarse al cuidadoso juicio de intérpretes formados y con experiencia para decidir si se lleva a cabo en una situación determinada. Este papel no se ha definido con claridad hasta ahora, y las directrices que aquí se presentan pretenden ayudar a los intérpretes a comprender mejor el proceso de reflexión ética necesario y sugerir acciones apropiadas para este papel (CHIA, 2002, pp. 13-14). Aquí se puede apreciar cómo recae sobre la figura del intérprete el deber de adoptar varios papeles y no únicamente el de transmitir el mensaje oral entre las partes concernientes. Esto podría apuntar de nuevo a que priman

las necesidades del paciente y que no sólo lo que se dice en la consulta o al prestar atención sanitaria precisa de interpretación a la hora de tratar con extranjeros que presentan más de una barrera sociocultural a parte de la del idioma.

Hemos hablado con anterioridad de los principios de imparcialidad y respeto para con el paciente. Sin embargo, CHIA propone algo nuevo en cuanto a la conducta que debe seguir el intérprete sanitario al ejercer su oficio: se debe evitar el lenguaje corporal no verbal o las expresiones faciales (por ejemplo, ojos en blanco, encoger los hombros o cualquier muestra de conmoción o disgusto) que transmitan algún prejuicio y falta de imparcialidad, ya que los intérpretes se esfuerzan por fomentar relaciones de respeto mutuo entre las tres partes de la interacción (paciente, proveedor médico e intérprete), al mismo tiempo que mantienen la salud y el bienestar del paciente como máxima prioridad de todos los profesionales sanitarios. Esto se conseguiría siguiendo lo expuesto a continuación, entre otros aspectos repetidos a lo largo de este marco teórico: se debe permitir la privacidad física, manteniendo la necesaria privacidad espacial y visual del paciente mientras se posiciona en la interacción; además, se debe informar al proveedor de las posibles barreras de comunicación debidas a diferencias de género entre el paciente y el proveedor, o entre el paciente y el intérprete; así como se debe evitar en todo momento los temas personales, políticos o potencialmente controversiales con todas las partes (CHIA, 2002, pp. 26-29). Estos puntos pueden llegar a ser de gran importancia si queremos focalizar este trabajo de investigación en el tipo de pacientes que mencionamos continuamente. Esto se debe a que se pasa a considerar, a parte de la actitud y postura del intérprete a la hora de ejercer su oficio, el hecho de que haya pacientes que tengan necesidades espaciales, es decir, para con el entorno físico en que se van a ver envueltos, o de género que puedan entrar en conflicto con lo que normalmente se espera de otro tipo de pacientes a los que se ofrecen los servicios sanitarios. De nuevo, esto es de particular importancia ya que puede estar relacionado con la identidad de género o las neurodivergencias, lo que se analizará más en profundidad en el apartado en que se revise la literatura pertinente y relacionada a este tema.

En cuanto a la transmisión del mensaje, tanto verbal como no verbal, CHIA añade un aspecto de relevancia, el de hacerle saber a las partes los términos médicos, palabras del vocabulario u otras expresiones que puedan no tener un equivalente en la lengua meta, permitiendo así a los oradores dar una explicación simplificada de los términos, o ayudar a los oradores a hacerlo. Por ende, se recomienda que tanto los proveedores como los

intérpretes se formen continuamente en lo que concierne a la competencia cultural, mediante la introspección y la autorreflexión sobre las creencias, los valores y la práctica profesional con el fin de aumentar sus conocimientos sobre las similitudes y diferencias entre los diversos grupos culturales; y con el fin de desarrollar habilidades para crear, adaptar y poner en práctica un tipo de estrategias especiales para superar estas diferencias culturales (CHIA, 2002, p. 31). Este punto podría ser relevante ya que, en lo que a este trabajo concierne, puede haber términos usados por los pacientes que no tengan un equivalente acuñado o que directamente no exista en la lengua meta. Este puede ser el caso del pronombre personal neutro utilizado en la lengua inglesa para referirse a alguien cuyo género no es ni masculino ni femenino, el pronombre personal *they*, cuya posible equivalencia en castellano “elle” no está todavía lo suficientemente expandida y, por consiguiente, no está lo suficientemente acuñada ni aceptada por las entidades públicas como puede ser el sistema sanitario. Naturalmente, recaería en el intérprete o mediador intercultural la responsabilidad de adoptar las funciones de aclarar la cultura y el mensaje del orador para así hacer entender esta realidad a la parte receptora y por ende garantizar el respeto hacia su identidad, así como su bienestar.

Según esta asociación del estado de California, la ética va más allá de la moral (lo que está bien y lo que está mal) y se refiere a las razones de las decisiones o acciones que toma una persona. En la asistencia sanitaria, cuando decimos que alguien está siendo ético, queremos decir que esa persona ha analizado sus razones para tomar una decisión o realizar una acción, y que la acción está en consonancia con el objetivo último de garantizar la salud y el bienestar del paciente y la relación paciente/proveedor médico. Sin embargo, en algunos dilemas éticos es imposible apoyar la relación paciente/proveedor (como cuando se da un caso de discriminación, por ejemplo). Un dilema ético se produce cuando existe confusión sobre el curso de acción apropiado, por lo que es importante que los intérpretes en entornos sanitarios dispongan de un proceso para tomar decisiones éticas sobre sus acciones (CHIA, 2002, p. 32); el cual ya ha sido mencionado al hablar del código propuesto por CHIA por primera vez. El hecho de que esta asociación recalque constantemente en los dilemas éticos y en cómo actuar específicamente para que siempre prime la salud y bienestar de las personas a las que se ofrece el servicio sanitario puede ser de gran ayuda al querer delinear los principios básicos que debe seguir un intérprete a la hora de tratar con realidades específicas que usualmente podrían no estar consideradas por el sistema en el que se ven envueltas.

Siguiendo esta idea, es importante recalcar que esta asociación reconoce que las personas que no hablan el idioma pueden sufrir discriminación no sólo por parte de los proveedores y el personal sanitario, sino también por parte de la legislación, las políticas y las prácticas de todo el sistema. Como organización comprometida con la igualdad de acceso a la atención sanitaria para los pacientes con limitaciones en el idioma, CHIA apoya los esfuerzos de abogar por los derechos de dichos grupos. Sin embargo, considera necesario preguntarse lo siguiente antes de adoptar el papel de defensor del paciente: qué cambios son necesarios para satisfacer las necesidades del paciente, qué opciones existen para el paciente, quién puede llevar a cabo los cambios positivos y si está de acuerdo el paciente con esta línea de actuación. Además, también se deberá considerar si, quedándose callado y no tomando este papel, el intérprete estaría perjudicando la salud y bienestar del paciente (CHIA, 2002, p. 45-55). Una vez más, se entra en el tema de que el sistema del país, y no solo su sistema sanitario, juega un papel fundamental a la hora de garantizar los derechos del paciente que asiste al centro sanitario y se encuentra con las barreras socioculturales y lingüísticas ya mencionadas anteriormente. Si no se regula una profesión como la interpretación o mediación intercultural en el ámbito de la salud, ¿cómo se puede dictar una conducta apropiada y específica que apoye la salud y bienestar de dichos pacientes? Podría recaer de nuevo en el intérprete el peso de solucionar este tipo de situaciones, hecho que seguiremos viendo a lo largo de este proyecto.

Por último, según CHIA, la cultura y la lengua son inseparables (CHIA, 2002, p. 43). Si damos esto por cierto, sería imposible interpretar para un paciente perteneciente a otra cultura si no consideramos, o directamente no entendemos, el marco contextual, es decir, la cultura y sociedad, del que viene. Por lo tanto, el papel que debe tomar el intérprete o mediador intercultural es de vital importancia, como hemos visto en los diferentes códigos éticos de conducta analizados en este apartado. Esto se debe a que esta figura en muchas ocasiones es la única de las partes que está, o debe estar, al tanto de todo o la mayoría de lo que ocurre en la interacción entre el proveedor de servicios sanitarios y el paciente. Si llevamos este hecho al punto de mira específico de este proyecto, recaería de nuevo en el intérprete reconocer los signos socioculturales, identitarios y lingüísticos directa o indirectamente inferidos por el paciente, en lo que a su identidad de género o neurodivergencia se refiere. En el apartado a continuación, se verá y analizará cómo, según el código de deontología médica en España, se garantiza la salud y bienestar de este tipo de pacientes, o si siquiera se llega a considerar. Más

adelante, se especificará y se entrará de lleno en la literatura referida a los conceptos de neurodivergencia e identidad de género que, junto a estos códigos éticos de conducta para la interpretación sanitaria de países de habla inglesa, como Reino Unido o Estados Unidos, y de medicina de España, ayudarán a la siguiente parte empírica del trabajo que buscará proponer unos principios básicos a seguir que estén adaptados al sistema sanitario de nuestro país.

#### **4.2. Resumen y explicación del Código de deontología médica español**

Es imprescindible tener un código de deontología que ayude e indique cómo ejercer la labor profesional tanto en ciertas situaciones específicas como de forma general, como demostraremos en el apartado dedicado al análisis de este trabajo. Existe un código de deontología médica elaborado por la Organización Médica Colegial (de ahora en adelante, “OMC”) de España en 2011, actualizado ese año tomando como base su Código de Ética y Deontología Médica de 1978 y convirtiéndose así en el primer código del ámbito del siglo XXI (OMC, 2011, p. 7). Por lo tanto, es posible que podamos basarnos en los principios básicos del mismo, que están divididos por capítulos y, a su vez, por artículos, para proponer otros que sirvan específicamente para la interpretación o mediación intercultural sanitaria, y más particularmente aún, para el grupo de pacientes en que nos estamos centrando en este proyecto. Esto es porque algunos puntos de dicho código recogen la conducta a seguir al tratar con pacientes, que es lo que más concierne a un intérprete. Este Código de conducta pretende asegurar el compromiso del sector sanitario con la sociedad en la que da sus servicios, incluyendo la mejora del conocimiento científico y técnico y la ampliación de nuevos derechos y responsabilidades para el médico y el paciente; asimismo, las directivas que contiene deben distinguirse de las imposiciones descritas en la ley (OMC, 2011, p. 7). Por consiguiente, se comenzará a continuación a explicar los puntos que se han encontrado interesantes en relación con el oficio de la interpretación, para que sirva como base a la hora de proponer los principios básicos a seguir.

Siguiendo esta idea, los principios más importantes de esta profesión médica son los siguientes:

“El fomento del altruismo, la integridad, la honradez, la veracidad y la empatía, que son esenciales para una relación asistencial de confianza plena; la mejora continua en el ejercicio profesional y en la calidad asistencial, basadas en el conocimiento científico y la autoevaluación; y el ejercicio de la autorregulación

con el fin de mantener la confianza social, mediante la transparencia, la aceptación y corrección de errores y conductas inadecuadas y una correcta gestión de los conflictos” (OMC, 2011, p. 8).

De esto se podría entender que, en primer lugar, se debe ser respetuoso y empático con el paciente para formar una relación de confianza que garantice su salud y bienestar. Asimismo, se debe seguir aprendiendo de forma continua para garantizar la calidad de los servicios ofrecidos; así como también se deben corregir los errores y resolver los conflictos de la manera más sana y adulta posible. Por consiguiente, el intérprete debería trasladar estos principios a su labor, teniendo en cuenta la situación individual del paciente que acuda al centro sanitario. Esto, como hemos visto en los códigos éticos del apartado anterior, incluye tener en cuenta la cultura, género, sexo y etnia, entre otros aspectos, de dicho paciente. Como indica el artículo 2 del capítulo I de este código de deontología médica (OMC, 2011, p. 9), “el incumplimiento de algunas de las normas de este Código supone incurrir en falta disciplinaria tipificada en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial”. De esto se podría entender que esta práctica se encuentra amparada legalmente, por lo que ayudaría a garantizar tanto los derechos del proveedor de servicios sanitarios como los del paciente que recibe dichos servicios. Algo similar se podría aplicar a la práctica de la interpretación. Se debería regular dicha práctica para proteger a todas las partes que interactúan a través de la figura del intérprete o mediador intercultural, así como a dicha figura, para al igual que en la práctica médica, garantizar los derechos de todas las partes.

Siguiendo esta idea, en el capítulo II se habla de los principios generales a seguir de forma más desglosada y explicativa. En el artículo 5, se especifica que la profesión médica está al servicio de las personas y de la sociedad. Por lo tanto, respetar la vida y la dignidad humana y garantizar la salud de las personas y las comunidades son las principales tareas de los profesionales de este ámbito. Además, estos deben tratar a todos los pacientes con igual cuidado y diligencia, sin discriminación de ningún tipo y sin perjudicar de manera intencionada a un paciente. Esto incluye cuidar de dicho paciente con prudencia y competencia, sin demoras injustificadas en su presencia (OMC, 2011, p. 11). De nuevo, prima respetar al paciente y no discriminarle por ninguna razón de ningún tipo; por consiguiente, el intérprete o mediador intercultural debería prestar especial atención a aspectos culturales o personales que puedan causar cualquier tipo de conflicto



entre las partes y que, por ende, ponga en peligro dichos principios. En el artículo 7, se nos indica lo siguiente:

“El médico, principal agente de la preservación de la salud, debe velar por la calidad y la eficiencia de su práctica, principal instrumento para la promoción, defensa y restablecimiento de la salud. La formación médica continuada es un deber ético, un derecho y una responsabilidad de todos los médicos a lo largo de su vida profesional. El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición. Siendo el sistema sanitario el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, los médicos han de velar para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos. Están obligados a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes” (OMC, 2011, p. 12).

Aquí podemos ver cómo se especifica en las necesidades que tiene un paciente teniendo en cuenta la sociedad en la que vive, y cómo el médico debe garantizar en todo momento que, gracias a su continuo aprendizaje y formación, se tengan en cuenta y se respeten dichas circunstancias. Por lo tanto, el intérprete tendrá las mismas responsabilidades en lo que al acto de comunicación entre las partes se refiere.

En el capítulo III del código elaborado por la OMC (2011, pp. 13-17), vamos a centrarnos en algunos puntos de los artículos 8, 9, 13 y 18. En el artículo 8, se nos indican dos puntos que pueden ser muy relevantes: en primer lugar, “el médico debe cuidar su actitud, lenguaje, formas, imagen y, en general, su conducta para favorecer la plena confianza del paciente”. Por consiguiente, el intérprete debería trasladar dicho lenguaje no verbal de forma que el paciente lo comprenda, teniendo en cuenta su cultura y otros aspectos individuales. En segundo lugar, “la asistencia médica exige una relación plena de entendimiento y confianza entre el médico y el paciente. Ello presupone el respeto del derecho de éste a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario”. Mismo derecho debería aplicarse a la profesión del intérprete y este debería dejarlo claro; si el paciente siente la necesidad de cambiar de profesional, tanto médico como intérprete, debería poder hacerlo. En el artículo 9, se indica que “el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias”, por lo que estaríamos hablando de la imparcialidad y de no involucrarse personalmente con las personas que se atienden,

principio que también proponían los códigos deontológicos para la interpretación sanitaria de los otros países como Reino Unido o Estados Unidos.

En el artículo 13, se delinea que “el médico tomará las decisiones que considere adecuadas cuando se dé una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su consentimiento”. De aquí podemos entender que, aunque se deba respetar en todo momento la autonomía y consentimiento del paciente, se podrá actuar conforme a la ética moral de uno mismo cuando la situación lo requiera. Esto podría aplicarse a la interpretación o mediación cultural si, al estar ejerciendo nuestra labor profesional, alguna de las partes falta al respeto o pone en peligro el bienestar de la otra; deberíamos entonces usar nuestra voz y alertar a la parte afectada de lo que está ocurriendo como si esta pudiera entender el idioma con perfecta facilidad. Por último, en el artículo 18, se recoge que “el lugar donde se preste la asistencia sanitaria deberá ser acorde con la dignidad y el respeto que merece el paciente y contará con los medios adecuados para los fines que ha de cumplir”, lo que puede ser de especial importancia a la hora de tratar, por ejemplo, con pacientes neurodivergentes que requieran de un ambiente especial para cuidar su salud y bienestar. El papel del intérprete, en caso de que el paciente no lo diga por sí mismo, y después de analizarlo cuidadosamente, sería el de comunicárselo al profesional médico correspondiente.

En el capítulo IV de este Código de deontología médica (OMC, 2011, p. 20) se habla sobre la calidad de la atención médica. En su artículo 21, se delinea que “el médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad humana y científica”, además de que “el tiempo necesario para cada acto médico debe ser fijado por el criterio profesional del médico, teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada paciente”. Si bien no se especifica cuáles necesidades especiales puede tener cada paciente, ya que son únicas e individuales, se podría entender que en estas necesidades entran las derivadas de sus circunstancias y aspectos particulares, como pueden ser la identidad de género o/y alguna neurodivergencia. Ya que está dentro de los deberes del médico, también estaría en los del intérprete, y este debería realizar su labor conforme a dicho principio. En artículo 27 del capítulo V (OMC, 2011, p. 25), entre otros aspectos, se indica lo siguiente:

“el secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo

que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica”.

Aquí se estaría hablando sobre el principio de que se debe guardar silencio y no comunicar a nadie fuera de los profesionales concernientes cualquier tipo de información aprendida de la consulta, siempre que no fuere imprescindible para garantizar la salud y bienestar del paciente, como también se recoge en los códigos éticos de conducta explicados anteriormente. Esto podría deberse a que, de lo contrario, se podría poner en peligro la integridad del paciente.

El artículo 34 del capítulo VI (OMC, 2011, p. 30) se habla de la objeción de conciencia, es decir, “al rechazo a ciertas acciones, pero nunca puede significar un rechazo a las personas que demandan esa acción en función de sus características individuales: edad, raza, sexo, hábitos de vida, ideología o religión”. Por lo tanto, los profesionales médicos están obligados a atender sin discriminar a nadie por las razones anteriormente expuestas. Esto también se aplica a la práctica de la interpretación o mediación intercultural, como dictan los códigos deontológicos vistos con anterioridad. Sin embargo, se podrían abstener en casos particulares como que su competencia médica no fuera suficiente, al igual que un intérprete. Esto se podría relacionar con los aspectos que estamos considerando en este trabajo en que, a pesar de que es un deber profesional (como así lo recogen todos los códigos éticos de conducta que hemos analizado) no todo el mundo puede estar formado para atenderles de forma adecuada y equitativa para garantizar que su integridad física y psíquica, es decir, su bienestar, no corre ningún peligro. Por consiguiente, se podría decir que, aunque haya principios que entren en conflicto, siempre se debería actuar conforme a una ética moral personal en que prime la salud de la persona atendida; esto se desarrollará y justificará en más detalle en la parte empírica del trabajo.

El capítulo X trata sobre el trabajo en las instituciones sanitarias; más específicamente, en su artículo 45 (OMC, 2011, p. 38) se nos indica lo siguiente:

“el médico pondrá en conocimiento de la dirección del centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen la correcta asistencia. Si no fuera así, las denunciará ante su Colegio, y en última instancia a las autoridades sanitarias, antes de poder hacerlo a otros medios”.

Por lo tanto, si el médico no fuese capaz de reconocer dichas deficiencias en la calidad de la asistencia sanitaria dada, ¿recaería en el intérprete o mediador intercultural esa responsabilidad? Esto podría tomarse en cuenta ya que esta figura sería la única que, en su mayoría, entendería la situación que se está dando resultado de la interacción entre las partes. Para garantizar la calidad profesional y asistir a los pacientes adecuadamente, según el artículo 46, los profesionales sanitarios deben estar en continua formación (OMC, 2011, p.38): “además de realizar las tareas asistenciales, el médico debe disponer de tiempo en su jornada laboral para la actualización de conocimientos, así como para la docencia y la investigación”. Desde el punto de vista de la interpretación o mediación intercultural en el ámbito sanitario, al igual que proponen los códigos deontológicos anteriormente explicados, el intérprete también debería continuar formándose en temas como el principal de este trabajo, neurodivergencias e identidad de género. Asimismo, también podría ser necesaria la docencia, es decir, educar a su vez a otros profesionales del ámbito y proveedores médicos para así garantizar la calidad de los servicios sanitarios ofrecidos. Así como se nos indica en el artículo 47 del mismo capítulo (OMC, 2011, p. 39), “es obligación del director médico de la institución eliminar cualquier obstáculo que impida que la relación médico-paciente sea directa, inmediata y en lugar y tiempo adecuado, preservando la intimidad del paciente y la seguridad del médico”, sería consecuentemente de vital importancia, así como un derecho y una obligación, contar con un intérprete cuando existen barreras lingüísticas y culturales que impidan la comunicación entre estas partes mencionadas.

Además, en el artículo 60 del capítulo XV (OMC, 2011, p. 49) se nos habla de la tortura y vejación de la persona, delineando que “el médico no participará en ninguna actividad que signifique una manipulación de la mente o de la conciencia”, así como esta figura jamás debe “participar, secundar o admitir actos de tortura o de malos tratos, cualesquiera que sean los argumentos invocados para ello”. Por lo tanto, está dentro de las obligaciones de estos profesionales del ámbito sanitario no sólo ofrecer un servicio de calidad a cualquier tipo de paciente independientemente de su etnia, cultura y género, entre otros aspectos, sino también no involucrarse personalmente para tratar de convencer a los pacientes sobre cualquier tipo de situación o por cualquier motivo. Este es un principio básico que también se recogía en los códigos éticos de conducta para la interpretación sanitaria, se debe en todo momento tratar a los pacientes como seres humanos y respetar su capacidad de tomar decisiones de manera individual; en otras

palabras, se debe respetar la autonomía del paciente siempre que sea posible. Para ello, de nuevo mencionando a los códigos deontológicos del subapartado anterior, este debe estar informado en todo momento de su situación y derechos, y nuestra labor como intérpretes o mediadores interculturales es garantizarlo.

Por último, en el punto tercero de las disposiciones finales del Código de deontología médica español (OMC, 2011, p. 58) se determina que “la Comisión Central de Deontología tendrá como uno de sus deberes primordiales el emprender las iniciativas precisas para la actualización de este Código”. Por consiguiente, se podría entender que el ámbito sanitario es uno en constante evolución y renovación, por lo que se debería participar activamente en actualizar los principios que rigen la práctica médica y adaptarlos a las necesidades de distintas personas en una sociedad que está en constante cambio. Consecuentemente, nuestro papel como mediadores interculturales o intérpretes, al tratar con pacientes con diferentes situaciones socioculturales y personales, debería seguir el mismo principio: aprender, cambiar y adaptarse a las necesidades de dichos pacientes.

#### **4.3. Contraste empírico de los códigos deontológicos y literatura analizados en el marco teórico. ¿Cómo nos sirve esto para la interpretación sanitaria en España?**

Como ya se ha explicado, el código deontológico elaborado por el NCIHC nos proponía nueve ideas principales para la interpretación en el ámbito sanitario. En la primera de ellas se nos hablaba de que los contenidos concebidos dentro del mismo eran abstractos y que este código “no puede dar ni da respuestas definitivas a todos los posibles dilemas u opciones a los que puede enfrentarse un intérprete”. Además, también se habla en esta sección del respeto que deben tener todos los miembros de la profesión al intérprete sanitario, ya que tanto el médico como el intérprete tienen como propósito garantizar el bienestar del paciente, y esto no sería posible sin que el segundo rompiera la barrera del idioma. (NCIHC, 2004, pp.7-8). Por lo tanto, podríamos inferir que nuestra labor y profesionalidad depende en su gran mayoría en nuestro juicio y formación profesional en el ámbito, ya que puede darse un amplio abanico de situaciones que no estén recogidas dentro de un código deontológico, especialmente si nos centramos en uno que comprenda las realidades trans y neurodivergentes. Sin embargo, esto no implica que puedan ignorarse estas realidades, sino todo lo contrario. Se podría decir, entonces, que el intérprete se encuentra en una posición de poder única con respecto a las otras partes, y es por ello su deber romper cualquier tipo de barrera, a la vez que acomodarse a las

necesidades de las partes. Esto puede significar dar a conocer, con el permiso del paciente, sus pronombres y nombre, así como cualquier otro dato de interés o en relación con una posible neurodivergencia, para garantizar de esta manera su bienestar y que reciba un trato médico justo y acomodado a sus necesidades.

Siguiendo esta idea, la segunda sección del código deontológico elaborado por el NCIHC se basa en “tres valores fundamentales: beneficencia, fidelidad y respeto por la importancia de la cultura y las diferencias culturales”, compartidos con otras profesiones sanitarias (NCIHC, 2004, pp. 8-9). Asimismo, no solo se deberían tener en cuenta los aspectos culturales sino también los identitarios, pues como hemos visto en la literatura revisada, tanto la identidad de género como la de una persona neurodivergente juegan un papel fundamental a la hora de recibir un trato médico de calidad. Esto significa que se debería transmitir las necesidades del paciente tal cual sean, ya que debemos adaptarnos a ellos debido a que el sistema puede no comprenderlos e incluirlos en primera instancia, como apoyaban autores como Gil-Borrelli et al. (2017) a la hora de hablar de la discriminación que sufren las personas trans en el ámbito sanitario; o Moreno Córdoba (2021), que hablaba de las personas neurodivergentes y cómo se las excluye con tanta frecuencia del sistema médico. Por lo tanto, podríamos decir que también recaería en el intérprete o mediador intercultural el saber cómo actuar frente a una situación desfavorable para el paciente. Por otro lado, esta información relacionada con este tipo de pacientes puede ser sensible y privada, por lo que no deberíamos revelarla a la ligera y sólo debe hacerse “después de haber hecho todo lo posible por persuadir a la parte de la que procede la información para que la revele ella misma, explicándole qué información debe compartirse, con quién y por qué”, como se nos indica en la tercera sección. En esta también se nos hablaba de la importancia de transmitir el lenguaje corporal y gestos del paciente (NCIHC, 2004, pp. 12-15), lo que es de especial importancia para detectar de forma conjunta con el proveedor de servicios médicos si la otra parte precisa de alguna acomodación conforme a cualquier necesidad especial.

Sin embargo, también se nos indica que debemos ser imparciales, por lo que los intérpretes “no juzgan el contenido de los mensajes para tomar decisiones sobre lo que debe transmitirse o no, o sobre cómo debe transmitirse. También significa que los intérpretes no juzgan a ninguna de las partes del encuentro y que respetan la autonomía de cada una de ellas” (NCIHC, 2004, pp. 15-17). Esta idea principal es de especial relevancia porque hace referencia a los límites profesionales y personales, además de

cómo dirigirse e interactuar con el paciente conforme a su cultura y a sus necesidades, lo que está estrechamente relacionado con la interpretación. Al tratar con seres humanos, y al ser el ser humano un animal social, debemos ser conscientes de dichas necesidades derivadas de esta realidad, como la identidad de género del paciente o cualquier diversidad neuronal que presente. Esto no implica que debamos interferir en las decisiones de ninguna de las partes, sino que, debido a la posición de poder en la que nos encontramos, podemos sugerir de forma respetuosa y empática cómo actuar en cada situación haciendo uso de nuestro conocimiento específico en el tema. En la quinta idea principal se delinea que la cultura de cada individuo se manifiesta de manera diferente ya que está mediada por circunstancias y experiencias únicas del mismo, como “su personalidad, sus valores y creencias familiares, su clase social, su género, su educación y otras características personales”. Se añade también que la competencia cultural es un valor y un principio ético que deben compartir todos los miembros del equipo médico, incluido el intérprete (NCIHC, 2004, pp. 18-19). Por lo tanto, podríamos decir que se debe especificar en los códigos éticos en cada uno de estos aspectos, especialmente si pueden determinar el resultado del trato médico. Sin embargo, ya sea por desconocimiento o falta de educación en el tema, no todos los profesionales van a estar preparados para cumplir con estas necesidades, por lo que se podría decir que es preciso contar con otros que sí cuenten con dicha formación e interés para atender a estas personas de forma adecuada.

Además, hemos visto que en las séptima y octava se comenta que los intérpretes a veces ven injusticias o comportamientos éticamente inapropiados que pueden poner en peligro a una o más personas en el encuentro o que pueden afectar negativamente a distintos grupos dentro de la institución sanitaria, por lo que el intérprete podría actuar como defensor de una causa tras haber seguido un proceso de decisión “claro y coherente” teniendo en cuenta el bienestar “social, emocional y físico” de los pacientes; así como también se añade que “las profesiones son sistemas dinámicos sujetos a cambios y que deben adaptarse constantemente” (NCIHC, 2004, pp. 19-22). De estos puntos podemos entender que prima la salud y bienestar del paciente en lo que se refiere al ámbito social (e identitario, consecuentemente), emocional y físico, por lo que, además de ser intérpretes o mediadores interculturales en este ámbito, pueden darse otro tipo de circunstancias en las que esto se vea en peligro y debemos adoptar un papel aparte para defender los derechos de los pacientes. Por ejemplo, esto podría darse si un profesional

médico nombra o usa reiteradamente el nombre o pronombres con los que un paciente no se identifica, o si falta al respeto de cualquier otra manera a alguien con diversidad neuronal. Nuestro papel cambiaría entonces, después de haber alertado a las partes de la situación, a uno que defienda los derechos de la víctima y apoyarla y ayudarla en todo lo que esté en nuestra mano, como por ejemplo acompañarla a denunciar los hechos a las autoridades correspondientes del centro sanitario y hacer de puente lingüístico y testigo.

El Código ético de AMITAS para intérpretes y traductores sanitarios añade otras ideas que pueden ser de considerable relevancia, como que el intérprete o mediador intercultural “considerará toda la información adquirida y/o transmitida durante la interpretación como estrictamente confidencial sin divulgar ninguna parte de esta a menos que cuente con la plena aprobación del paciente y de su médico”, además de que “se esforzará por mejorar el proceso de comunicación entre todas las partes, proporcionando información y orientación sobre las necesidades de comunicación implicadas en la interacción” (AMITAS, 2009, p. 1). De estas dos se podría decir, desde el punto de vista de este proyecto, por un lado, que absolutamente toda la información que se consiga sobre los pacientes mientras realizamos nuestra labor profesional debe ser confidencial, es decir, no se podrá compartir con nadie fuera del equipo médico concerniente. Esto es de particular importancia porque la privacidad de nuestros pacientes es un elemento clave para su seguridad, puesto que su mera existencia ya los pone en peligro dentro de un sistema que los excluye y discrimina. Por lo tanto, guardar y garantizar dicha seguridad, de forma que no desvelemos alguna neurodiversidad de un paciente, o su misma identidad de género, es un deber profesional que tenemos los intérpretes en este ámbito, especialmente al tratar con este tipo de pacientes. Por otro lado, se indica específicamente que puede haber pacientes con necesidades comunicativas diversas. Como hemos visto, las personas neurodivergentes entran dentro de este grupo por diversas razones, ya que puede darse el caso de que no sean capaces de comunicarse con claridad o que lo hagan con excesiva sinceridad. Nuestro papel, entonces, sería el de informar al profesional médico de las necesidades de estos pacientes y de educarles en cómo podríamos tratarlas. En ningún momento, sin embargo, se ha de imponer nada, sino que se ha de trabajar conjuntamente para que el trato al paciente sea satisfactorio y justo. Además, esto no podría conseguirse sin que el intérprete o mediador intercultural cuente con formación específica en el ámbito. Esto último está relacionado con otra de las ideas que se nos delinean en este código ético de conducta: “el intérprete no aceptará ningún encargo para



el que no esté debidamente cualificado, ya sea por sus conocimientos lingüísticos o por su comprensión del tema a tratar” (AMITAS, 2009, p. 1). Esto se debe a que muy difícilmente podrá interpretar con éxito y mediar entre ambas partes si se desconocen las necesidades especiales que puede tener una de las partes.

En otra de las secciones del código de AMITAS se especifica que “el intérprete se esforzará por formar una relación de confianza y respeto en todo momento con el paciente” además de que “hará todo lo posible por comprender y comunicar a las demás partes el contexto (social y cultural) en el que se desenvuelve el paciente, sobre todo en la medida en que pueda afectar a sus necesidades y a su situación médica” (AMITAS, 2009, pp. 1-2). Ambas ideas añaden a lo expuesto anteriormente, pero es importante recalcar todo lo posible en que existen realidades diferentes incluso dentro de cada grupo de personas que comparten una misma o similar identidad, por lo que se debe de estar alerta en todo momento para que el potencial paciente no sufra discriminación alguna y esté en igualdad de condiciones que otro cuya identidad o contexto social y cultural no sean factores discriminantes que afecten negativamente a su salud. También se nos añade que el intérprete “se abstendrá de desempeñar papeles y funciones que excedan los de su profesión de mediador intercultural y lingüístico, a fin de que el paciente tenga una comprensión fiable y clara del servicio prestado” (AMITAS, 2009, pp. 1-2), de lo que se podría entender que no debemos actuar más allá de nuestras posibilidades ni ofrecer un servicio, por ejemplo, de atención a la salud mental como podría hacerlo un psicólogo especializado en este ámbito. Nuestro papel, sin embargo, sí sería el de estar atentos a señales y rasgos, hayamos sido previamente informados de ellos o no, que puedan presentar los pacientes y alertar en consecuencia al profesional sanitario para que actúe conforme a las necesidades que puedan tener estos pacientes.

En relación con esto, también se nos indicaba que “se considerará responsabilidad del intérprete estar bien informado con respecto a las realidades culturales/sociales del paciente y educar a aquellos profesionales que por falta de conciencia sociocultural puedan ser llevados a malinterpretar o entrar en conflicto con dichas realidades” (AMITAS, 2009, p. 2). Se podría apreciar en este apartado cómo se nos da una responsabilidad más, la de educar a los profesionales con respecto a las realidades de los pacientes que, por cualquier motivo sociocultural, se puedan estar ignorando y, por ende, potencialmente poniendo en riesgo. Por tanto, de nuevo podríamos decir que es un deber estar informado con respecto a las realidades neurodivergentes y trans si pretendemos

ofrecer un servicio médico, lingüístico y de mediación de calidad y justo. Asimismo, como indicado en este código, el intérprete tiene el deber de continuar su formación constantemente, al igual que el de promover y apoyar unas condiciones que fomenten el respeto por la diversidad de culturas que constituyen nuestra sociedad (AMITAS, 2009, pp. 2-3). De aquí se podría inferir que debemos luchar por la aplicación de leyes que amparen nuestro trabajo y podamos, en consecuencia, proteger con el amparo legal preciso la integridad de pacientes que puedan o no tener necesidades fuera de la norma, como los grupos en que nos estamos centrando. Esto es porque ahora mismo, en nuestro ámbito, no disponemos de ningún código deontológico o manual específico que nos hable de cómo tratar a este tipo de personas; lo que, precisamente, conforma el propósito de este trabajo. Es una tarea casi imposible tratar de ahondar en absolutamente todas las realidades que conforman nuestras sociedades y culturas, y más aún en las de personas que vienen del extranjero y que puedan encontrarse en una situación delicada de salud. Sin embargo, esto no delimita nuestro trabajo, sino que refuerza la naturaleza social del mismo: debemos seguir luchando por que se cumplan los derechos humanos más fundamentales de estas personas con diversidad neuronal y transgénero, como el de recibir una atención sanitaria justa y de calidad.

También es importante destacar lo que hemos analizado del Registro nacional de intérpretes en los servicios públicos, NRPSI, ya que se indica la conducta a seguir cuando se trabaja con un intérprete por parte de los proveedores de servicios sanitarios, como la de conceder a la consulta más tiempo del habitual. Además, para los intérpretes indica que se debe, cuando el caso lo exija, como un caso de abuso infantil, seleccionar un intérprete cuyo género sea el necesario para la consulta; así como alertar a ambas partes de una inferencia cultural errónea, es decir, que se ha dado por supuesto el conocimiento de un dato, cuando podría no ser el caso en una u otra cultura (NRPSI, 2003, p. 2). Esto, en primera instancia, pone de manifiesto que es tanto responsabilidad del médico como del intérprete o mediador intercultural garantizar el bienestar del paciente trabajando en equipo. Además, se menciona el tiempo en consulta, lo que es relevante ya que no todo el mundo, aunque la enfermedad o cuadro médico pueda ser similar, tiene las mismas necesidades. Tal es el caso de las personas neurodiversas, que podrían necesitar más tiempo del normal a la hora de comprender una noticia en consulta; también se necesitaría emplear más tiempo del habitual en adaptar la consulta a las necesidades de estas personas, así como a las personas transgénero, haciendo hincapié en que es un espacio

seguro y libre de prejuicio y demostrando que es así si fuera necesario. Asimismo, se tendría que alertar a ambas partes, si nosotros como intérpretes o mediadores lo notamos, de cualquier inferencia que pueda llevar a un conflicto cultural o social. Al tratar con diversas realidades, se precisaría de una mente abierta y de fácil adaptación a cualquier situación que pueda surgir, sin caer en el error de que se puede controlar absolutamente todo lo que ocurre en los centros sanitarios y dándonos el espacio profesional y personal necesario para aprender de nuestros errores, mejorar y continuar ejerciendo nuestra labor social tan importante, ya que muchas veces la figura del intérprete es el único puente o “salvavidas” que tienen estos grupos tan frecuentemente excluidos de personas para acceder al sistema sanitario, así indicado por autoras que hemos revisado a lo largo de este trabajo, como Navaza (2014).

Asimismo, se delineaba en este código de conducta que es el proveedor de servicios médicos quien debe preguntar al paciente sobre cualquier cosa de la que no esté seguro, ya sean sus percepciones o normas culturales, en lugar de preguntar al intérprete o asumir que todo se desarrollará como con un paciente perteneciente a la misma cultura (NRPSI, 2003, p. 2). Aquí se indica que no solo es el intérprete quien debe estar alerta de todo en todo momento, sino que también es obligación del médico garantizar que, sin importar el bagaje personal, circunstancias, lengua y cultura del paciente, se atiende a este en igualdad de condiciones. Por lo tanto, de nuevo, se recae en la idea de que ambas figuras deben trabajar en equipo e identificar las señales del paciente para adaptar los servicios a sus necesidades personales, ya mencionadas con anterioridad, si fuera necesario. Este código es interesante pues se podría inferir de su explicación que es el sistema quien debe recoger y amparar todas estas realidades en riesgo de exclusión debido a su diversidad identitaria y ofrecer los medios necesarios, como el servicio de interpretación y mediación intercultural, entre otros, para cumplir dicho deber.

En lo referido al Código ético y directrices para la buena práctica para intérpretes del Servicio de interpretación sanitaria y servicios sociales de Irlanda del Norte, NIHSSIS, proponía puntos que pueden ser muy interesantes debido a su carácter social, aspecto que estamos investigando en este trabajo, como el de no discriminar a nadie por motivos de clase, sexo, orientación sexual o discapacidad, entre otras. Asimismo, se nos indicaba que se debe estar atento y ser sensible en todo momento a las necesidades, deseos y bagaje individuales y personales del cliente (NIHSSIS, 2004, p. 6). Esto es algo que hemos estado infiriendo y proponiendo de los otros códigos vistos. Sin embargo, al estar

específicamente escrito en este código, se podría decir que, en primer lugar, se reconoce que hay personas o grupos que sufren discriminación por los motivos expuestos arriba; y que, en segundo lugar, por ello se debe prestar atención especial y proporcionar un trato acorde a las necesidades de estas personas o grupos. No todos somos iguales ni tenemos las mismas circunstancias en todo momento, por lo que un sistema que solo recoge y atiende de manera justa a únicamente un tipo de pacientes se debe señalar y considerar ineficiente. De aquí surge también nuestra necesidad como futuros profesionales en el ámbito de la interpretación sanitaria y mediación intercultural de arrojar luz a ciertas realidades, como las de las personas neurodivergentes o transgénero, que puedan estar sufriendo discriminación y mala atención médica por parte del sistema sanitario español. Otro aspecto muy importante para regular quién está preparado y quién no para llevar a cabo un encargo de interpretación de manera satisfactoria, son las reglas propuestas por el NIHSSIS a la hora de atender a un adulto vulnerable o a niños: “el intérprete deberá pasar por una comprobación del servicio de asesoramiento previo a la contratación (PECS, por sus siglas en inglés) para reducir cualquier riesgo para dichas personas vulnerables” (NIHSSIS, 2004, p. 7). Al estar esto regulado, se puede evitar que ciertos conflictos fruto de la desinformación o ignorancia de las realidades neurodivergentes y transgénero tengan lugar, ya que sólo aquellos que estén preparados podrán ejercer su labor profesional en estos casos. Esto sería de gran ayuda y conveniencia implantarlo en la praxis de España, siempre que sea posible, para ir avanzando hacia un sistema cada vez más equitativo y competente.

Planteábamos al principio del análisis de este código si era un tipo de discriminación indirecta presenciar una injusticia social hacia un paciente por motivos de identidad de género o de diversidad neuronal y no hacer nada. Tras haber revisado la literatura expuesta en el marco teórico, podríamos decir que es, en efecto, un tipo de discriminación estar en una situación médica y no abogar por los derechos de unos pacientes que puedan ser excluidos por dichos motivos, como así lo recoge también el Código de deontología médica español; o el profesional en el ámbito de las neurodivergencias Casas-Cordero (2021), que defendía que se debía tratar cualitativamente cada caso particular. En relación con esta idea, también nos habla el NIHSSIS del tipo de información que se nos deberá proporcionar a los intérpretes antes de aceptar el encargo, como los datos del cliente, entre los que se encuentran el nombre y sexo, el idioma y dialecto; además de información adicional, como si la consulta tendrá

lugar en un entorno especializado (2004, pp. 14-16). De esto expuesto se podría decir que también sería necesario añadir los pronombres con los que se siente identificado el paciente, por ejemplo, en un apartado a rellenar por el profesional médico, como es “observaciones”. Asimismo, también sería de relevancia saber si tiene algún tipo de necesidad especial debido a su identidad o situación emocional y/o psíquica. Esto, por su naturaleza confidencial, no perjudicaría al paciente, sino que le ayudaría a ser tratado con la dignidad y respeto que merece, en un centro sanitario que no solo estaría ayudando a derribar las barreras lingüísticas pertinentes, sino que también estaría adaptándose a las necesidades especiales y particulares de cada paciente. Nosotros, como intérpretes y mediadores interculturales, debemos colaborar con el personal médico para garantizar que el paciente es atendido con completa dignidad y respeto, y llegar a una situación similar a la del resto de pacientes que no tengan necesidades especiales más allá del motivo por el que acudan al centro sanitario.

Por lo tanto, también debería el intérprete investigar y educarse y formarse en todos los ámbitos en los que desee trabajar, para así garantizar lo antes expuesto. Además, se nos indicaba en el mismo código que en la entrevista previa con el profesional médico se deberá discutir cualquier incidente previo en el que el profesional no haya comprendido las implicaciones culturales del paciente, así como cualquier comportamiento conflictivo que pueda producirse y cómo podría responder el intérprete; y establecer cómo pronunciar el nombre del cliente. (NIHSSIS, 2004, pp. 17-21). Sin embargo, la realidad en el sistema sanitario español es que no suelen darse estas discusiones previas, por lo que no sólo tendríamos que estar al tanto de la situación identitaria del paciente y de su cultura, sino que también tendríamos que hacérselo saber a la otra parte de manera respetuosa y profesional, sin caer en adoptar una figura paternalista con el paciente; es decir, respetando su autonomía y dejando claro que toda información suya que compartamos con la otra parte, sea del carácter que sea, es para su propio beneficio y solo se compartirá con su consentimiento. Además, nos debemos dirigir al profesional médico de manera que no lo entienda como un ataque o como una actitud dudosa en la que cuestionemos sus conocimientos, sino más bien recordándole que, de profesional a profesional, debemos garantizar que se satisfacen las necesidades particulares de cada paciente, sea cual sea su cultura y/o identidad.

Hemos visto a lo largo de este trabajo que pueden darse circunstancias durante la consulta en las que la mejor forma de actuar no es evidente. Por consiguiente, el intérprete

o mediador deberá ser consciente y estar sensibilizado con los factores que varían entre individuos y grupos y que son relevantes para la prestación y el uso de los servicios sanitarios y sociales (NIHSSIS, 2004, pp. 27-29). Esto es de especial relevancia ya que es probable que una proporción sustancial del grupo de clientes con el que se encuentra el intérprete esté aislada y en situación de desventaja social, como también señalaba Perera (2022), aludiendo que una persona autista se siente como un extranjero dentro de su propio lugar. Esta similitud que existe entre las “minorías”, o más bien, entre los grupos excluidos por un sistema que no recoge ni garantiza sus derechos, es el punto clave en el que nos estamos centrando. Si ya de por sí supone una gran desventaja llegar a un centro sanitario para, por ejemplo, acudir a consulta, y no entender ningún cartel, tener otro tipo de desventaja social como lo puede ser tener un cerebro neurodivergente o una identidad de género trans tan solo añade a las muchas dificultades que tienen estas personas para mantenerse en un buen estado de salud. Por lo tanto, debería ser y es obligación social, moral y profesional de todos los que estén tratándoles el apoyar sus derechos y hacer todo lo posible para que se les atienda de manera justa y equitativa.

Otro de los puntos de especial relevancia en este código norirlandés es el que delinea el deber de considerar, particularmente, el género del paciente, ya que este puede no sentirse conforme con un intérprete/proveedor de servicios médicos del mismo u otro género. Asimismo, en una de las declaraciones finales, se afirma que el servicio de interpretación implementará acciones positivas para garantizar la igualdad de oportunidades en todas sus prácticas y que el servicio de interpretación supervisará sus progresos en relación con la consecución de la igualdad de oportunidades, entre otras (NIHSSIS, 2004, pp. 32-45). Estos puntos los consideramos especialmente relevantes porque se nos especifica que debemos tener en cuenta todas las realidades y sus respectivas posibles necesidades. Es importante añadir este tipo de detalles en un código deontológico o en cualquier manual de conducta, ya que no todos los profesionales de este ámbito están preparados o saben enfrentarse al tipo de situaciones especiales que pueden surgir derivadas de la atención médica a un paciente neurodivergente o transgénero. Entramos, pues, a conceptos como el de la “visibilidad”, tan importante para estos grupos oprimidos y a su vez excluidos del sistema sanitario, como hemos visto que denuncian autores como Gil-Borrelli et al. (2017), Gil et al. (2020) al hablar de la discriminación sufrida por personas LGBT y, en su mayor parte, por personas transgénero; y de otros como Quejido Alonso et al. (2022) y Vidal Rodríguez (2022), que

denunciaban lo poco incluidas que están las personas autistas. Por tanto, nuestro deber como intérpretes y mediadores interculturales no solo debería ser el de romper con las barreras culturales y con aquellas relacionadas al idioma, sino también con estas derivadas de una situación de neurodivergencia o transgénero. Es por esta discriminación sufrida por estos grupos que no podemos dejar de darles visibilización y ayudarles desde la práctica de nuestra labor profesional a estar cada vez más incluidos en un sistema tan vital como lo es el sistema sanitario.

Por último, hemos visto que los Estándares para intérpretes sanitarios en California; principios éticos, protocolos, y orientaciones sobre sus funciones e intervención, de la Asociación de intérpretes sanitarios en California, CHIA, parte del punto de que pretenden aumentar la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria mediante el desarrollo y la promoción de la profesión de intérprete sanitario; así como la defensa de servicios cultural y lingüísticamente adecuados; y la educación y formación de los profesionales sanitarios. Además, se delineaba que desarrollar la sensibilidad y la receptividad culturales es un proceso que dura toda la vida y que comienza con una mirada introspectiva sobre uno mismo (CHIA, 2002, pp. 1-11). Podríamos decir que esto constituye el punto de partida para impartir un servicio de interpretación y mediación intercultural más justo en el ámbito de la salud, que pueda evolucionar y en consecuencia especializarse si así fuera necesario en la realidad de muchos pacientes, como pueden ser su identidad de género o una neurodivergencia; lo que sería de especial relevancia por todo lo que hemos ido exponiendo hasta este punto. Además, este punto es fundamental y debería ser la base de todos, ya que la nuestra es una profesión estrechamente ligada a lo social; por lo tanto, también será la base de lo que será propuesto en el siguiente subapartado de nuestro trabajo. Otro aspecto por destacar es el de educar a los profesionales sanitarios, papel que consideramos no debe realizarse desde una posición activista para evitar malentendidos u ofensas, sino desde una posición más comprensiva y asertiva con su situación, ya que estos pueden no haberse encontrado con ninguna de estas realidades en las que nos estamos enfocando, y por tanto es comprensible que no sepan cómo actuar dado el caso. En otras palabras, se debe educar desde la comprensión.

Otro aspecto diferenciador propuesto por el CHIA es el proceso de toma de decisiones éticas que proponen para los intérpretes sanitarios, para ayudarles si se enfrentan a situaciones en las que uno o más principios deontológicos entran en conflicto. Estos pasos, conviene recordar, son los a continuación expuestos: primero, se debe hacer

preguntas para determinar si hay algún problema; segundo, identificarlo y exponerlo de manera clara; después, se debe aclarar los valores personales conforme al problema; a continuación, se considerarán los beneficios y riesgos de toda acción alternativa; y, por último, se debe llevar a cabo dicha acción y evaluar el resultado para ver qué podría hacerse diferente en el futuro (CHIA, 2002, pp. 11-12). Esta pequeña guía es de mucho valor ya que recoge de manera específica los pasos a seguir cuando nos encontramos en una situación de conflicto, lo que nos puede ayudar a la hora de atender a pacientes neurodivergentes o transgénero si estos se encuentran en peligro y tenemos que adoptar un papel más enfocado a la abogacía, es decir, a la defensa de sus derechos. Asimismo, también puede ayudar a establecer unos límites en lo que a nuestro deber profesional respecta; en otras palabras, nos ayuda a delimitar lo que nos es posible hacer. Por ejemplo, podríamos ayudar al paciente comunicándole todo lo que está pasando y dejándole saber, si es el caso, que sus derechos están siendo vulnerados, además de acompañarle a denunciar la situación con las autoridades sanitarias correspondientes si así lo deseara; sin embargo, no sería nuestro papel enfrentarse directamente al médico (si es este quien violó los derechos del paciente) o hablar en nombre del paciente sin su consentimiento, ya que estaríamos faltando a su autonomía. El hecho de que CHIA indique y explique esto también cumple la función de dar visibilidad a que, en primer lugar, nuestro papel como intérpretes y mediadores interculturales es imprescindible para garantizar el bienestar del paciente extranjero y que tiene problemas para comunicarse debido a su uso del idioma; y a que, en segundo lugar, pueden existir realidades que no se tienen en cuenta a la hora de atender a dichos pacientes, y que, con mucha frecuencia, solo el profesional encargado del intercambio cultural y comunicativo podría identificar, como ya hemos explicado anteriormente.

Cuatro funciones principales que tiene el intérprete y mediador se explicaron en este código deontológico. La primera de ellas era la de convertir el mensaje sin modificarlo innecesariamente, teniendo en cuenta, entre otras cosas, el lenguaje corporal. La segunda, era la de aclarar el mensaje si este puede dar lugar a malentendidos o confusión; mientras que la tercera era la de aclarar la cultura, es decir, la de facilitar la comunicación entre partes que no comparten una cultura común. La cuarta y última era la de defender al paciente de forma activa para garantizar sus derechos e intereses con respecto a su salud y bienestar (CHIA, 2002, pp. 13-14). Aquí se puede apreciar cómo recae sobre la figura del intérprete o mediador intercultural el deber de adoptar varios



papeles y no únicamente el de transmitir el mensaje oral entre las partes concernientes, como hemos visto en varios ejemplos a lo largo del trabajo. Estas funciones son importantes porque, al tratar con pacientes transgénero o con diversidad neuronal, no solo entra en juego lo que se dice sino también lo que se muestra (o no) mediante el lenguaje no verbal. Por ejemplo, hemos visto que hay personas autistas que no miran a los ojos al hablar, sino que sueltan el mensaje de forma clara sin cruzar la mirada con la otra parte. Nuestro papel aquí sería el de, en primer lugar, transmitir la información hablada tal cual y, en segundo, el de aclarar que no está expresando duda o mintiendo solo por no mirar a los ojos cuando habla, sino que es un rasgo personal y típico de las personas neurodivergentes. En cuanto a las personas transgénero, una actitud excesivamente pasiva y complaciente puede ser fruto de la violencia que han sufrido a lo largo de sus vidas, como hemos visto en lo expuesto por Gil-Borrelli et al. (2017), y, por tanto, se deberá recalcar que la consulta es un espacio seguro en el que prima el respeto y la comprensión entre las partes.

Siguiendo esta idea, CHIA también es pionero en lo que propone con respecto a la conducta que debe seguir el intérprete sanitario al ejercer su oficio, haciendo hincapié en que se debe permitir la privacidad física y espacial del paciente en todo momento (CHIA, 2002, pp. 26-29). Esto es particularmente relevante ya que se considera y señala que puede que haya pacientes que tengan necesidades espaciales, es decir, relacionadas con el entorno físico en el que se van a ver envueltos que pueden entrar en conflicto con lo que se espera normalmente de otro tipo de pacientes a los que se ofrecen los servicios sanitarios. Para pacientes neurodivergentes, esto es muy importante, ya que algunas de las realidades comprendidas en este espectro necesitan de un espacio físico y sensorial determinado para poder desenvolverse con normalidad, como delineaba Vidal Rodríguez (2022) en lo que respecta a la hipersensibilidad sensorial de estas personas. Esto, cabe recordar, les afectaba a la hora de tomar decisiones, procesar la información y manejar las emociones, entre otras circunstancias.

Otro de los aspectos propuestos por CHIA era uno relacionado a la transmisión del mensaje, tanto verbal como no verbal, e indicaba que se debe hacer saber a las partes las palabras del vocabulario u otras expresiones que puedan no tener un equivalente en la lengua meta. Consecuentemente, se recomendaba a todos los profesionales del ámbito (y no solo a intérpretes) continuar formándose continuamente con el fin de aumentar sus conocimientos sobre las similitudes y diferencias entre los diversos grupos culturales y el

de desarrollar habilidades para crear, adaptar y poner en práctica un tipo de estrategias especiales para superar estas diferencias culturales (CHIA, 2002, p. 31), lo que es similar a lo propuesto por el Código de deontología médica española. Esto es de relevancia si tenemos en cuenta los pronombres neutros que hemos expuesto anteriormente y que son tan importantes para muchas personas transgénero, formando parte de su identidad. Hemos visto que este puede ser el caso del pronombre personal neutro utilizado en la lengua inglesa para referirse a alguien cuyo género no es ni masculino ni femenino, el pronombre personal *they*, cuya posible equivalencia en castellano “elle” no está todavía lo suficientemente expandida y, por consiguiente, no está lo suficientemente acuñada ni aceptada por las entidades públicas como puede ser el sistema sanitario. Por lo tanto, nuestro deber sería el de alertar al paciente transgénero y el de educar al proveedor de servicios médicos para garantizar que los derechos del primero no se violan, así como que se le ofrece una atención médica justa y de calidad.

Esta asociación californiana reconoce que las personas que no hablan el idioma pueden sufrir discriminación no sólo por parte de los proveedores y el personal sanitario, sino también por parte de la legislación, las políticas y las prácticas de todo el sistema, por lo que indica que hay que abogar frecuentemente por los derechos de dichas personas; aunque no sin antes preguntarse qué cambios son necesarios para satisfacer las necesidades del paciente, qué opciones existen para este, quién puede llevar a cabo los cambios positivos y si está de acuerdo el paciente con esta línea de actuación (CHIA, 2002, p. 45-55). Podemos ver cómo, de nuevo, se entra en el tema de que el sistema del país, y no solo su sistema sanitario, tiene un papel fundamental a la hora de garantizar los derechos del paciente que precisa de atención sanitaria y se encuentra con las barreras socioculturales y lingüísticas que hemos ido mencionando a lo largo de este trabajo. Por lo tanto, podríamos inferir que, si no se regula una profesión como la mediación intercultural o la interpretación en los servicios públicos, como en es el ámbito sanitario en su gran mayoría, no podremos dictar una conducta apropiada y específica que apoye y defienda la salud y bienestar de unos pacientes excluidos por dicho(s) sistema(s), lo que también defiende Sanz-Moreno (2017). Siguiendo esta idea, y en consecuencia, nos sería imposible interpretar para un paciente perteneciente a otra cultura si no consideramos, o directamente no entendemos, el marco contextual, es decir, la cultura y sociedad, del que viene, ni las posibles dificultades que se va a encontrar en el nuestro. Es por este motivo que el papel del mediador intercultural o intérprete es de vital importancia, literalmente,

si sumamos la reducida esperanza de vida de las personas neurodivergentes y transgénero a la exclusión que también sufren las personas extranjeras, como fue indicado por Jacobs et al. (2001). Esta figura sería la única en posición de manejar y orientar la situación, ya que es la única capaz de comprender lo que está pasando entre el proveedor de servicios sanitarios y el paciente. Llevando este hecho al foco de este proyecto, recaería de nuevo en el intérprete reconocer los signos socioculturales, identitarios y lingüísticos directa o indirectamente inferidos por el paciente, mencionado también por Navaza (2014), en lo que a su identidad de género o neurodivergencia se refiere.

Todos estos puntos deontológicos propuestos por los códigos éticos de conducta son muy similares a los propuestos por el Código de deontología médica española ya que pretende asegurar el compromiso del sector sanitario con la sociedad en la que da sus servicios, teniendo en cuenta la cultura, sexo, etnia y otros aspectos de los pacientes y no discriminándoles por estas razones ni por ninguna otra. La labor del médico sería, más bien, todo lo contrario: la de promover la salud y garantizar un servicio de atención sanitaria de calidad y que incluya a todos de forma indiscriminada (OMC, 2011). Por lo tanto, una vez más, vemos cómo se pueden trasladar estos principios propuestos por los códigos deontológicos para la interpretación sanitaria de otros países al nuestro, pues ya existe uno para la profesión médica que tiene el mismo fin. Podemos considerar todo lo expuesto y discutido en este último apartado como la base crítica en la que se van a construir los principios básicos de conducta ética de la siguiente y última sección.

##### **5. Propuesta de principios básicos deontológicos para intérpretes o mediadores interculturales adaptados al sistema sanitario español**

Como hemos visto, nos hemos ido centrando en este trabajo en los diferentes códigos éticos de conducta para la interpretación en el ámbito sanitario de otros países de habla inglesa, como Estados Unidos, y en el código de deontología médica en España. El propósito principal de esto ha sido ver las diferentes propuestas de estos, para así discernir qué se podría utilizar y poner en práctica a la hora de tratar con pacientes de otros países y que sean neurodivergentes o transgénero. Se deberán considerar, por lo tanto, no solo el bagaje cultural que puedan tener estas personas, sino también las características individuales de cada uno de ellos que puedan ser determinantes a la hora de ofrecer un servicio de atención sanitaria de calidad. Estos rasgos podrían ser, entre muchos otros que veremos en los próximos subapartados, los pronombres con los que se identifiquen o los estímulos sensoriales que puedan dificultarles su visita al centro sanitario. Es por esta

razón que la parte analítica y consecuente propuesta se va a dividir en dos subapartados: en primer lugar, se realizará un contraste de dichos códigos deontológicos junto a la literatura revisada; en segundo lugar, se tomará dicha puesta en común como punto de partida para la elaboración de la propuesta de principios básicos para mediadores interculturales o intérpretes sanitarios.

Siguiendo estas ideas, a modo de introducción para lo siguiente, podríamos decir que, como intérpretes en el ámbito médico, es esencial entender las necesidades únicas de nuestros pacientes neurodivergentes y transgénero. Como hemos mencionado, cada individuo puede presentar necesidades especiales, por lo que es de vital importancia que seamos capaces de identificar sus desencadenantes potenciales, que puedan llevarlos a pasar por una mala experiencia, y así lograr acomodarnos a dichas necesidades. Por un lado, como hemos revisado en el correspondiente apartado, los pacientes neurodivergentes pueden presentar dificultades a la hora de procesar información sensorial, como por ejemplo que haya una luz demasiado brillante, sonidos muy fuertes, u olores intensos, entre otros. Es crucial, entonces, crear un espacio que les resulte confortable. Esto podría conseguirse, siguiendo los mismos ejemplos, disminuyendo el brillo de la luz, dándoles la opción de que usen cascos o tapones que reduzcan o cancelen el sonido, o proporcionándoles un área más privada y adaptada para la consulta. Además, también pueden presentar problemas a la hora de comunicarse, por lo que es crucial permitirles el tiempo suficiente para que se expresen, así como tener en mente otras maneras alternativas que favorezcan o permitan dicha comunicación, como hacerlo por escrito o mediante el uso de fotos. Por otro lado, como también hemos visto a lo largo de este trabajo, los pacientes trans pueden necesitar un trato más sensible, especialmente en temas de privacidad y respeto. Es verdaderamente importante, como indican algunos códigos, preguntar al paciente su nombre y pronombres preferidos para así usarlos y referirnos a dicho paciente conforme a su identidad. Asimismo, estos pacientes pueden haber sufrido alguna experiencia traumática con relación a su identidad de género en el pasado, por lo que es de vital importancia proporcionarles una atmósfera en la que se sientan seguros y aceptados. Esto puede conseguirse asegurando que el equipo de profesionales médicos que estén envueltos en el caso sea consciente y esté educado en temas trans y en los problemas que pueden tener, así como que sea capaz de usar una variedad más neutra del lenguaje si así la situación lo requiere.

Adicionalmente, puede darse el caso de que una situación desencadene consecuencias negativas a estos dos grupos de pacientes, como estar en salas de espera muy concurridas o pasar por procedimientos médicos que sean muy invasivos. Para acomodarnos a sus necesidades, podríamos ayudarnos de, nuevamente, tapones que cancelen el sonido, salas privadas de espera o hacer uso de otros métodos de distracción como pueden ser la música o las meditaciones guiadas durante dichos procedimientos. También es esencial, desde el punto de vista de la interpretación, ser conscientes del bagaje cultural de los pacientes y del impacto que esto tiene a la hora de recibir un tratamiento médico. Como hemos visto, en algunas culturas la salud mental o la identidad de género pueden estar estigmatizadas y, por tanto, los pacientes pueden no sentirse cómodos para compartir ciertas cosas o mostrar ciertos rasgos de manera abierta. Además, la barrera que presenta el idioma, incluyendo los dialectos o las diferentes variaciones regionales, influyen también en el tratamiento. Consecuentemente, nuestro trabajo como mediadores interculturales o intérpretes debe estar muy a la par con el personal médico y los pacientes para asegurar que se cumplen sus necesidades y que se sienten cómodos para hablar sobre posibles temas que requieran de una sensibilidad especial. Por último, podríamos decir que, como intérpretes en este campo, nuestro papel no se delimita únicamente en facilitar la comunicación entre los pacientes y los proveedores médicos, sino también en asegurar que estos pacientes reciben los cuidados que necesitan en un espacio seguro y que los apoye. Esto, por supuesto, incluye entender las necesidades especiales que estos grupos de pacientes pueden presentar, así como tomar las medidas necesarias para acomodarnos a estas. Siendo conscientes de dichos desencadenantes mencionados, poniendo a su disposición formas alternativas de comunicación y creando una atmósfera acogedora, podemos ayudar a que estos pacientes se sientan escuchados y valorados dentro de un sistema que puede no estar incluyéndoles. Esto podría llevar, en última instancia, a resultados médicos más prometedores en estos grupos de personas que no suelen disfrutar de un estado de salud óptimo en numerosas ocasiones. Por estas razones expuestas, se pasará a continuación a la propuesta de los principios básicos deontológicos que cumplan todos estos requerimientos.

### **5.1.Propuesta**

Como hemos ido anunciando a lo largo de todo el proyecto, en este apartado vamos a realizar la propuesta de unos principios deontológicos básicos a seguir a la hora de tratar con personas extranjeras, y que no hablen el idioma en el que se desarrolla el sistema sanitario, que a su vez presenten características identitarias como lo son la

neurodiversidad o la identidad de género trans. En el subapartado inmediatamente anterior hemos seleccionado los puntos más importantes de lo visto en el marco teórico y los hemos analizado desde una posición crítica. Por lo tanto, ya hemos visto por qué son relevantes. Consecuentemente, a continuación vamos a hacer dicha propuesta basándonos en esta posición crítica, a la vez que añadiremos y propondremos soluciones más específicas a algunos de los problemas que plantearemos como ejemplo. Esto se hará siguiendo los principios deontológicos básicos comunes a todos los códigos de conducta para la interpretación sanitaria: los principios de autonomía, confidencialidad, veracidad, imparcialidad, profesionalidad y abogacía.

En cuanto al principio de autonomía, nuestra propuesta para tratar con pacientes extranjeros neurodivergentes o transgénero es la siguiente: el intérprete y/o mediador intercultural debe respetar la capacidad de libre elección del paciente, pero debe garantizar que está completa y plenamente informado de todos sus derechos y de todo lo que está ocurriendo en cada momento, ya sea en consulta o fuera de ella. Además, debe informarle de las posibilidades o alternativas a las que puede optar si se encuentra por cualquier motivo insatisfecho con la atención sanitaria recibida o por recibir. En ningún momento se deben tomar decisiones por el paciente, aunque sí se le puede aconsejar si así se cree conveniente. Por ejemplo, si el paciente es una persona autista con hipersensibilidad auditiva y desconoce que se le pueden proporcionar tapones que cancelen o reduzcan el sonido, se le podría informar de esta posibilidad y darle el espacio y tiempo necesario para que tome una decisión. También se le podría ofrecer cambiar la consulta de lugar, habiendo informado previamente al proveedor de servicios médicos, y si está en su mano hacerlo, si por alguna razón la primera opción de consulta es en un lugar muy concurrido o ajetreado, aunque este no suela ser el caso. Asimismo, si el paciente necesitara de cualquier trato especial, esta información podría apuntarse en su historia clínica o en algún apartado de “observaciones” siguiendo, por ejemplo, el manual DSM-5; al igual que el idioma que necesite para comunicarse, para estar preparados en una posible futura consulta de cualquier tipo.

Esto está relacionado con el principio de confidencialidad: el intérprete o mediador intercultural no deberá revelar bajo ningún concepto la condición neurodivergente o transgénero, ni las necesidades especiales derivadas de esta, del paciente a nadie fuera del personal médico imprescindible para tratarle de manera justa, equitativa y digna. Esto se debe a que pueden formar parte de grupos o comunidades que

no comprendan o no sean tolerantes para con estas realidades y se les podría poner en peligro. Este es un principio, como hemos visto, también recogido por el Código de deontología médica española, y debe ser indiscutiblemente aplicable a la labor profesional del intérprete o mediador en el ámbito sanitario. Además, hemos defendido que estas dos partes deben trabajar en equipo, por lo que tampoco se debe negar dicha información confidencial estos profesionales de la lengua y sus culturas. Un ejemplo en que este principio podría ser aplicado sería el de una persona migrante y transgénero que acude a una primera consulta. Si el intérprete o mediador intercultural detecta que dicho paciente usa unos pronombres en específico y que el médico está usando otros, se debería alertar a ambas partes de la situación y del posible conflicto derivado de esto. En primer lugar, indicaríamos al paciente si desea comunicarle a la otra parte su identidad de género y sus pronombres para que este no siga cayendo en error; y, después, se le comunicaría con respeto y desde la comprensión al proveedor de servicios médicos. Asimismo, después se le podría recomendar que se guarde esta información, junto al idioma del paciente, en el apartado de “observaciones” que hemos comentado con anterioridad, para que así no se den en el futuro este tipo de malentendidos. Esta información, obviamente, será de carácter estrictamente confidencial y solo será revelada al personal médico concerniente, es decir, a aquellos profesionales que estén en contacto directo o tratando a este paciente ejemplo.

Como ya hemos comentado, el principio de veracidad es naturalmente relevante. Al tratar con pacientes transgénero o neurodivergentes, incluso más. El mediador intercultural o intérprete deberá transmitir el mensaje tal cual lo emite cualquiera de los oradores, obviamente alertándoles de posibles malentendidos de naturaleza cultural, social o, en nuestro caso, identitaria. Si se diera el caso, la figura mediadora deberá alertar a las partes de posibles malentendidos o si una parte de la intencionalidad del mensaje original puede ser ignorada por la otra. Un ejemplo de esto ya fue comentado en el anterior subapartado al hablar de la negativa de algunas personas autistas a mirar directamente a los ojos o ser excesivamente claros y directos al hablar. Otro ejemplo podría ser el de que este tipo de personas no entiendan el uso de metáforas o analogías a la hora de explicar un procedimiento médico u enfermedad, o cualquier otra pieza de información emitida por el profesional, debido a su diversidad neuronal y no solo por su incapacidad de comunicarse en el idioma del proveedor de servicios médicos. El profesional mediador debería entonces alertar a la parte concerniente de la situación y sugerirle que adapte su

discurso de tal manera que sea más directo para que el posible paciente neurodivergente lo comprenda. También puede darse el caso contrario, que el médico entienda como maleducado expresarse tan directamente, lo que requeriría de aclaración. Esto, al igual que hemos comentado en el párrafo anterior, podría dejarse por escrito en “observaciones” por si no es el mismo personal médico quien le atiende en el futuro. El lenguaje no verbal también forma parte indiscutible de este tipo de personas, pues hemos visto que muchas veces no son capaces de mostrar físicamente lo que están sintiendo por dentro. Por lo tanto, si el mediador o intérprete lo detecta, se podría tomar la iniciativa de sugerirle al proveedor que pregunte desde el respeto cómo cree el paciente que se siente y si tiene alguna duda que pueda ser resuelta. Esto podría ayudarles a sentirse más comprendidos e incluidos.

Asimismo, otro de los principios básicos que queremos proponer está relacionado con el principio deontológico de la imparcialidad. Si bien es cierto que el intérprete y/o mediador intercultural no debe tomar partido ni favorecer a ninguna de las partes, este sí deberá comprender las circunstancias del paciente neurodivergente o transgénero que pueden ponerle en una situación de desventaja con respecto a otros pacientes, así como actuar en consecuencia. Esto, sin embargo, no sería saltarse este principio, sino simplemente demostrar la conciencia social y cultural necesaria para desempeñar la labor de interpretación y mediación tan importante en los servicios de atención sanitaria de manera adecuada. No se trataría de un trato de favor ayudar a este tipo de pacientes a poder acceder a los mismos servicios que otros pacientes que no tienen este tipo de “discapacidad” causada por un sistema que no los incluye. Es preciso aclarar que no entendemos ni usamos la palabra “discapacidad” con el estigma y prejuicios asociados a ella, sino más bien de forma reivindicativa: no es problema ni responsabilidad del paciente incapaz de desenvolverse en un sistema que no está adaptado a sus necesidades, sino todo lo contrario. Es el sistema, en este caso el sistema sanitario, quien debe garantizar que todos los pacientes, sean cuales sean sus culturas o rasgos y características identitarios, reciben una atención sanitaria justa, equitativa y de calidad. Por lo tanto, si el sistema falla en esto, está causando una discapacidad en dichos grupos de pacientes. Un ejemplo de dicha falta de adaptación y causa de discapacidad en pacientes sería el uso de carteles o símbolos en centros sanitarios que estén, en primer lugar, en otro idioma; y, en segundo, que no sean fáciles de identificar o de encontrar. Para una persona migrante con TDAH, por ejemplo, podría ser de gran dificultad reconocer una señal común, como



la de los aseos, si esta no está lo suficientemente a la vista. Por lo tanto, el sistema les estaría excluyendo y la labor del mediador o intérprete sería la de remediar este tipo de situaciones.

Siguiendo esta idea, y en relación con el principio de la profesionalidad, esta figura mediadora deberá estar siempre al tanto de todas estas posibles situaciones. Para conseguir esto, se deberá formar específicamente en varios ámbitos en los que quiera trabajar o a los que quiera dedicarse constantemente. Sin embargo, no deberá desempeñar un papel para el que no estaría capacitado, como el de ser psicólogo de un paciente transgénero con problemas mentales tales como la depresión o la ansiedad. En otras palabras, esta figura deberá dejar siempre claros sus límites, aunque si podrá acompañar y facilitar la comunicación a sus pacientes que no sean capaces de hacerlo por sí solos. Aquí entramos en la idea de que estos profesionales de la comunicación también deberían estar al tanto de herramientas que la faciliten. Herramientas que, además, también pueden ser de gran ayuda para personas migrantes y con diversidad neuronal que no puedan comunicarse con facilidad. Un ejemplo sería una persona autista que, además de no hablar la lengua en que se desarrolla el sistema sanitario, no puede comunicarse de forma verbal si se encuentra en una situación estresante, como lo es acudir a un centro sanitario que desconoces, que no entiendes, y por alguna razón de malestar médico. Por lo tanto, una de las herramientas que se podrían usar sería el “ARASAAC”, el portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa. Esta herramienta tiene como finalidad adaptar el lenguaje para expresar y explicar la información emitida y compensar las dificultades de comunicación de algunas personas mediante un sistema pictográfico de comunicación sin hacer un uso complejo del lenguaje. Mediante el uso de pictogramas adaptados a diferentes procesos médicos e idiomas con los que el intérprete o mediador trate habitualmente, no sólo se conseguiría romper más fácilmente la barrera del idioma, sino que también se ayudaría a algunas personas neurodivergentes a comprender y digerir mejor la información. Para ello, se deberían elegir unas imágenes (de libre uso) en este portal que se adapten a las necesidades de cada paciente. Esto, sin embargo, solo podría hacerse al contar con un amplio conocimiento en el tema de la neurodiversidad. Después, a la hora de seleccionar la información que se daría por escrito (y puede que a la vez que dichos pictogramas), como puede ser el caso de un consentimiento informado, se tendría que adaptar el formato y elegir un lenguaje adecuado a este tipo de pacientes. Esto sería

mediante un uso de palabras fáciles de comprender y ejemplos, mediante la repetición de conceptos recurrentes o evitando las metáforas, entre otros.

Por último, llegamos al principio de abogacía. Si hablamos de los pacientes extranjeros con neurodiversidad o transgénero, este principio es de especial interés. Nuestra propuesta trata de que el intérprete y/o mediador debe estar, en primer lugar, al tanto del tipo de dificultades y discriminación que sufren este tipo de pacientes y reflexionar sobre por qué es el caso. Después, deben tener claro un plan de actuación por si se produce un conflicto con cualquier proveedor de servicios médicos. Si bien es cierto que se deben seguir unos pasos que les ayuden a la hora de tomar decisiones, como los que hemos visto en el subapartado anterior, también se debe considerar que abogar por los derechos del paciente es un deber tanto para médicos como pacientes. Por tanto, este proceso de toma de decisiones deberá ser para elegir la opción que más beneficie a dichos pacientes, y no tanto para decidir si actuar o no, ya que hemos llegado a la conclusión de que no actuar en una situación de discriminación es apoyar indirectamente a tal discriminación. Primero, se deberá identificar dicha posible discriminación y alertar a las partes. Después, si la actitud discriminatoria persiste, se debe evaluar y reflexionar sobre el siguiente paso a tomar. Una vez hecho esta reflexión, se debe informar a la parte afectada de la situación en su totalidad y, en caso de que sea el paciente, informarle, si no las sabe, de las opciones y alternativas que están a su disposición para denunciar la situación si así lo desea. Finalmente, se deberá respetar la decisión del paciente y acompañarle y ayudarle en todo lo que sea profesionalmente posible. Además, en tal caso que la moral del intérprete y/o mediador no le permita continuar con la intervención, este deberá interrumpirla después de haber informado a las partes de los motivos y habiendo seguido este mismo proceso con la parte que crea discriminada. Un ejemplo de una situación en la que se podría aplicar este principio y su consecuente proceso sería una en la que el proveedor de servicios médicos se niegue a tratar o lo haga de manera injusta y poco profesional a un paciente transgénero por su identidad de género. Al igual que lo recoge el Código de deontología médica española, no se debe discriminar a nadie por este motivo, y hacerlo sería recaer en mala praxis médica. Por consiguiente, si el intérprete o mediador se percata de que este es el caso, estaría en todo su derecho de abogar por el paciente y de denunciar la situación.

En otras palabras, y a modo de simplificación, al tratar con pacientes migrantes transgénero o neurodivergentes, el mediador intercultural e intérprete deberá actuar

conforme a los principios anteriormente expuestos para conseguir lo siguiente: en primer lugar, que se respeta la capacidad de tomar decisiones del paciente y que se le deja decidir por sí mismo después de haber sido informado por completo; en segundo, que toda información compartida con el intérprete o mediador será tratada de manera confidencial y solo se usará en beneficio del paciente y para mejorar la calidad de la atención sanitaria que recibe; en tercer lugar, que se transmitirá toda la información de carácter personal, cultural, social e identitario, además de la de carácter médico, de manera veraz y conforme a las necesidades de las partes, especialmente si pueden entrar en conflicto por desconocimiento o ignorancia de las realidades neurodivergentes o transgénero; en cuarto lugar, que se deberán conocer las (posibles) circunstancias de los tipos de pacientes en que nos estamos centrando y actuar en consecuencia si se quiere conseguir una verdadera imparcialidad que no les discrimine por no incluirles y tenerles en cuenta a la hora de ser atendidos; en quinto lugar, que se debe ser profesional y establecer unos límites en todo momento, además de estar en constante formación y aprender y aplicar nuevas técnicas que faciliten la comunicación entre las partes para que no se de una situación de desigualdad y discriminación; por último, que se debe abogar por el paciente si este es discriminado recurrentemente tras haber alertado a la otra parte de esto, siempre que se haya seguido un proceso de toma de decisiones para asegurar que se respetan los derechos del paciente y conforme a los principios anteriormente expuestos, ya que se han desarrollado y adaptado de tal manera que sean complementarios.

Como conclusión de este apartado, es preciso volver a recalcar que hay personas, como las que estamos hablando, que son discriminadas consciente o inconscientemente por un sistema cuya labor última y principal es la de asegurar que reciben un trato y una atención sanitaria justa, digna, equitativa y de calidad. Sin embargo, las realidades de estas personas, como hemos visto y analizado, son en numerosas ocasiones factores que determinan y perjudican su salud, siendo factores de riesgo que pueden llevar a la muerte. Nuestro papel como profesionales en el ámbito de la interpretación sanitaria y la mediación intercultural, es tratar de romper no solo con la barrera que casi siempre supone el idioma para las personas extranjeras, sino también con todas las dificultades, sean del tipo que sean, que tienen estas para acceder a dicho servicio sanitario de forma equitativa. Además, esta no es solo nuestra responsabilidad, pues como se ha indicado a lo largo del proyecto, debemos trabajar en equipo con los proveedores de servicios médicos para que esto se cumpla, ya que nosotros solos no podemos conseguirlo todo. Además, cabe

destacar la necesidad de visibilizar todos estos problemas y cuestiones para que, al ponerlos en el punto de mira y denunciarlos desde el respeto, la comprensión y las ganas de contribuir positivamente a la sociedad, se inicie y se logre un cambio a mejor en el sistema sanitario, como claramente sería la inclusión total de los pacientes nombrados. Por lo tanto, consideramos que esta propuesta de principios deontológicos básicos a seguir para una posible futura creación de un código ético o manual específico para tratar a dicho tipo de personas en el ámbito sanitario es naturalmente necesario para que otros profesionales en el ámbito puedan llegar a plantearse estas realidades y empezar a formarse y actuar en consecuencia.

A continuación, en la última sección de este trabajo, se resumirá todo lo visto en él, así como también se plantearán las conclusiones a las que hemos llegado gracias a toda la revisión de la literatura y al análisis y crítica de la misma. Además, se propondrá qué otras investigaciones en lo que respecta a este ámbito sociosanitario se pueden llevar a cabo, ya que es muy probable que otras realidades diferentes a las que hemos visto en este proyecto también tengan dificultades no solo relacionadas con el idioma y sufran por ello algún tipo de discriminación o sean víctimas de mala praxis médica. Por último, se podría decir que hemos respondido a la cuestión que constituía nuestro punto de partida, ya que hemos explicado en qué consisten y qué proponen varios códigos deontológicos, hemos revisado la discriminación que sufren las personas neurodivergentes o transgénero y por qué motivos, así como nuestro papel como intérpretes o mediadores en el ámbito sanitario; y, por últimos, hemos llegado a la propuesta de una conducta básica y específica basada en los principios deontológicos más recurrentes e importantes.

## **6. Conclusión**

Este proyecto de investigación empezaba con la premisa de que la labor profesional asociada a la interpretación y la mediación intercultural en el ámbito sanitario suele llevar una serie de responsabilidades que, junto al personal profesional médico, deben tener como objetivo último garantizar el bienestar, la inclusión y la salud de los pacientes. Sin embargo, planteábamos que podían ocurrir situaciones desfavorables para aquellos pacientes que no encajaran por completo en lo que se esperase o asumiese de ellos. Tal es el caso de las personas con alguna diversidad neuronal o cuya identidad de género no se asocia a la que les fue asignada al nacer; es decir, transgénero. Planteábamos la posibilidad de que en un sistema modelado por y para un tipo determinado de pacientes,

haya otros con realidades diferentes que puedan ser ignoradas por completo y, consecuentemente, puestas en riesgo debido a barreras culturales, capacitistas, sociales, o del idioma. Además, añadíamos que para garantizar un servicio de interpretación o de mediación intercultural de calidad, era necesaria la elaboración de unos códigos éticos de conducta, o códigos deontológicos, que fueran capaces de recoger las normas morales y éticas que se deben tener en cuenta a la hora de ejercer nuestra labor profesional. Sin embargo, a pesar de su natural relevancia, denunciábamos que esta profesión no estaba reconocida como tal en un ámbito tan importante como el sanitario. Por lo tanto, carecíamos en nuestro país y sistema de un código deontológico a nivel nacional que regulara y proporcionara un modelo de actuación ante determinadas situaciones que pudiésemos encontrarnos. Al ser profesionales en constante contacto con pacientes pertenecientes a una gran variedad de culturas e identidades, recalcábamos, podríamos mejorar la atención médica que reciben los pacientes migrantes que no pueden comunicarse con los proveedores de servicios, así como también ayudaríamos a estos últimos a estar a la altura de un intercambio comunicativo para el que pueden no haber recibido la formación específica necesaria para llevarlo a cabo.

Por lo tanto, llegamos a la idea principal, o tesis, de este proyecto, que consistía en delinear lo siguiente: el papel y la conducta del intérprete o mediador intercultural en el ámbito sanitario ante situaciones que puedan ser desfavorables para el paciente por razones socioculturales o de identidad de género, o por posibles neurodivergencias. Entonces, sentimos la necesidad de dividir el trabajo en diferentes secciones que nos ayudaran a resolver esta cuestión. En primer lugar, necesitamos investigar y analizar qué decían los códigos deontológicos para la interpretación sanitaria de otros países como Irlanda o Estados Unidos, pues allí esta profesión está más regulada que en nuestro país y cuenta con unos códigos deontológicos específicos para el ámbito. Como el propósito de nuestro trabajo era elaborar unos principios básicos que, dentro de la interpretación sanitaria, se centraran en las realidades anteriormente expuestas de manera particular, primero debíamos empezar viendo, de forma general, las necesidades y soluciones que se tenían en este campo. Así pues, empezamos analizamos diferentes códigos deontológicos en la parte empírica: Un código ético a nivel nacional para la interpretación sanitaria, del Consejo nacional de interpretación sanitaria; el Código ético de AMITAS para intérpretes y traductores sanitarios, de la Asociación estadounidense de intérpretes y traductores sanitarios; las Directrices de trabajo con intérpretes, de Ann Corsellis en el Registro

nacional de intérpretes en los servicios públicos; el Código ético y directrices para la buena práctica para intérpretes, del Servicio de interpretación sanitaria y servicios sociales de Irlanda del Norte; y, por último, los Estándares para intérpretes sanitarios en California. Principios éticos, protocolos, y orientaciones sobre sus funciones e intervención, de la Asociación de intérpretes sanitarios en California. Estos nos ayudaron a tener claras las directrices y principios básicos que debíamos seguir para nuestra propuesta propia, como fueron los más comunes: el principio de autonomía, el de confidencialidad, el de veracidad, el de imparcialidad, el de profesionalidad y el de abogacía. En este subapartado descubrimos que había algunos de ellos que especificaban en que no se debía discriminar en base a rasgos individuales del paciente como su género o cultura, y que proporcionaban un proceso de toma de decisiones por si surgía algún tipo de conflicto entre las partes. Lo más importante, bajo nuestro punto de vista, fue ver que siempre se debía abogar por los derechos del paciente si estos se ven vulnerados de alguna forma, aunque teniendo claros nuestros límites profesionales.

Una vez revisada la literatura concerniente a este subapartado, vimos necesario pasar a la revisión del Código de deontología médica española, pues nos dimos cuenta de que la profesionalidad y actitud con respecto a los pacientes de ambas figuras eran muy similares. Analizándolo, pudimos confirmar esta idea. Este código, entre muchos otros puntos, recalca que no se debe discriminar a nadie por motivos de etnia, cultura, género, discapacidad o cualquier otra diversidad de cualquier tipo, y está obligado a proporcionar una atención sanitaria justa, suficiente y de forma equitativa. Por lo tanto, de darse lo contrario, se estaría incurriendo en mala praxis médica. De esto pudimos inferir que satisfacer las necesidades especiales que pudieran tener los grupos de personas en los que nos estábamos enfocando no era solo una obligación de los intérpretes, sino también del sistema en el que trabajamos y de todos los proveedores de servicios dentro del mismo. Llegados a esta conclusión, teníamos en claro dos cosas: las deficiencias de un sistema que, pese a ser su obligación proporcionar un servicio justo y de calidad a todos de manera equitativa, no cumplía con las expectativas pues la realidad -como veríamos a continuación- es muy diferente; y, por otro lado, que señalar y dar visibilidad a los posibles problemas y consecuencias de las personas con diversidad neuronal o transgénero en un sistema que no las comprende ni incluye era un deber tanto profesional como moral. Por consiguiente, comenzamos en el marco teórico con la revisión de la literatura concerniente a estas dos realidades y descubrimos que, en efecto, sufren

discriminación por ser quienes son, por su identidad. Esto se traducía en que reciben una atención médica insuficiente y no acorde a sus necesidades especiales, lo que a su vez significaba una menor esperanza de vida y la contracción de más enfermedades, entre otras.

Por otro lado, también descubrimos ejemplos de cuáles eran dichas necesidades, como la de tener un espacio adaptado a las necesidades sensoriales de algunas personas autistas: mayor o menor intensidad de luz, menos ruido, alternativas para la comunicación; o la de generar un entorno de respeto y seguridad para personas cuyos derechos se han visto violados durante la gran mayoría de sus vidas, como puede ser el caso de las personas transgénero, así como la de garantizar que nos referimos a estas personas con sus pronombres deseados, lo que todavía sigue siendo objeto de gran controversia. Entonces, al posiblemente tratar con estas realidades en el ámbito sanitario, y al ser un derecho humano universal garantizar una atención sanitaria justa y de calidad, incidimos en que sería nuestra obligación como intérpretes o mediadores interculturales asegurar que estos pacientes sean tratados no igual que los demás, sino de manera equitativa en un servicio público como es la sanidad en España. Llegados a este punto, pasamos a dar voz a varias profesionales de la interpretación, como Bárbara Navaza, para volver a incidir en la gran importancia que tiene nuestro papel para con la sociedad, y más para con ciertas realidades que vienen del extranjero y que son excluidas de la misma, además de por esta condición, por las otras que ya hemos mencionado. En esta parte se recalcó que los conceptos de lengua y cultura van de la mano y que no puede existir una sin la otra. Por lo tanto, la manera de usar la lengua que tienen algunas personas es clave para entender su cultura y, por ende, incluirla en un sistema que carece de profesionales formados en este ámbito lingüístico. Esto, sin embargo, ponía al intérprete y/o mediador intercultural en una posición de poder enorme, pues era esta figura la única capaz de comprender en su totalidad lo que ocurre durante la interacción entre las partes. Consecuentemente, recaía en esta figura una gran responsabilidad: la de transmitir la intención del mensaje y adaptarlo, además de la de mediar (y evitar, si fuese posible) posibles conflictos derivados de dicha información transmitida. Asimismo, también se delineó la enorme presión y la importancia de manejar bien las emociones que podemos llegar a sentir los intérpretes; en otras palabras, la relevancia que tiene cuidar nuestra salud mental.

Otro de los puntos interesantes que revisamos en este apartado fue el de la poca profesionalidad y respeto que se tiene con respecto a nuestra labor, derivadas en su gran mayoría de la ignorancia y el desconocimiento por parte de los proveedores. Esto se reflejaba en el uso de familiares o amigos que acudían a consulta para traducir los mensajes entre las partes, cuando no contaban con formación específica en el ámbito y, por tanto, no podían desempeñar la función de manera satisfactoria; o cuando se hacía uso de la interpretación telefónica, método que en numerosas ocasiones era insuficiente para lo que se requería en consulta. Toda esta disertación teórica nos sirvió como base para nuestra propuesta propia de principios básicos o recomendaciones de actuación a la hora de tratar con pacientes transgénero o neurodivergentes, a la que pasamos tras explicar la metodología seguida para elaborar estos apartados. En dicha propuesta, pusimos en común todo lo recogido y propusimos, entre otras soluciones, que se puede hacer uso de herramientas que faciliten la comunicación entre personas extranjeras y/o con dificultades comunicativas derivadas de otros aspectos, como es el caso de ARASAAC. Mediante esta herramienta, podríamos facilitar con el uso de pictogramas ayudar a los pacientes a moverse por el hospital de manera más fácil, o poder expresar sus dolencias o situación de forma más clara y sencilla; así como también les sería más sencillo comprender la información médica que tantas veces está escrita de forma compleja e inadaptada a personas que necesitan un lenguaje menos técnico para llegar a entender su situación. Este apartado se llevó a cabo explicando y analizando de manera crítica toda la literatura revisada y, posteriormente, tomando como estructura los seis principios deontológicos básicos más comunes que ya han sido mencionados en numerosas ocasiones a lo largo de este trabajo. Como conclusión, llegamos a estos puntos que son tan necesarios si de verdad pretendemos, como integrantes de la sociedad y profesionales del sistema sanitario público español, incluir y garantizar el bienestar de estas personas migrantes con características individuales y determinantes para su exclusión.

Siguiendo esta idea, cabe destacar que este proyecto no ha comprendido otras de las muchas realidades que se ven marginadas y excluidas de dicho sistema, como pueden ser las mujeres migrantes y que sufran violencia de género, u otros individuos que por su religión sufran cualquier tipo de discriminación y mala praxis médica. Por lo tanto, para futuros proyectos de investigación en el ámbito de la interpretación sanitaria, algunas de las preguntas que se podría buscar resolver son las siguientes: siendo intérpretes, ¿cómo



debemos actuar al encontrarnos con una víctima de violencia de género procedente de otro país y que no habla el idioma? ¿qué medidas y pasos, en colaboración con el personal médico, debemos seguir para garantizar su seguridad?; o, ¿qué aspectos o conductas derivadas de una religión pueden determinar un trato médico excluyente y cómo podemos solucionar este problema siendo intérpretes? Estos, sin embargo, son solo dos ejemplos de lo mucho que aún queda por investigar y por luchar en este campo. Bajo nuestro punto de vista, creemos firmemente que no podemos conseguir una sociedad más justa y equitativa si no se implementan desde los sistemas más vitales, como el sanitario, medidas que fomenten y aseguren la inclusión de todo tipo de personas sin importar su etnia, religión, cultura, género, capacidad mental, o situación económica, entre otras; así como si no se garantiza, en colaboración con todos los que podemos colaborar en ello, que estos pacientes reciben un servicio médico más digno y equitativo. Por lo tanto, podemos concluir que la labor de la interpretación sanitaria es fundamental tanto para los profesionales médicos como, en este caso, para las personas migrantes transgénero o neurodivergentes.

## 7. Bibliografía

- A [@findelyo]. (2021, 18 abril). *Esta es la opinión del renombrado lingüista Noam Chomsky sobre el lenguaje inclusivo* [Tweet, video]. Twitter. <https://twitter.com/findelyo/status/1383572684349399042>
- ARASAAC. (s. f.). <https://arasaac.org/>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación de intérpretes sanitarios en California (2002). *Estándares para intérpretes sanitarios en California. Principios éticos, protocolos, y orientaciones sobre sus funciones e intervención* [PDF].
- Asociación estadounidense de intérpretes y traductores sanitarios (2009). *Código ético de AMITAS para intérpretes y traductores sanitarios*.
- BBC News Mundo. (2018). 10 cosas que las personas autistas quieren que los demás sepan sobre cómo comunicarse con ellos. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-45198630>
- BBC News Mundo. (2020). Qué es la neurodiversidad y cómo algunas empresas aprovechan las mentes diferentes. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51483201>
- Biocchi, L. (2019). *Influencia de determinados aspectos subjetivos en el papel y la deontología del intérprete en los servicios públicos*. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad de Alcalá]. Recuperado de [https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/46427/TFM\\_Biocchi\\_2019..pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/46427/TFM_Biocchi_2019..pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Casas-Cordero Araya, T. (2021). *En torno a la neuroinclusión y sus posibilidades actuales: autoestudio sobre mi experiencia docente virtual y su relación con los decretos 170 y 83/2015*. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad de Chile]. Recuperado de <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/186159/En-torno-a-la-neuroinclusi%C3%B3n-y-sus-posibilidades-actuales.pdf?sequence=1>

- CNN Español. (2023). ¿Qué es el género no binario? *CNN*. Recuperado de <https://cnnespanol.cnn.com/2021/05/19/que-es-genero-no-binario-elliott-page-demi-lovato-orix/>
- Consejo nacional de interpretación sanitaria (2004). Un código ético a nivel nacional para la interpretación sanitaria.
- Corroto, P. (2020). La RAE dictamina en contra de adaptar al lenguaje inclusivo la Constitución. *El Confidencial*. Recuperado de [https://www.elconfidencial.com/cultura/2020-01-17/rae-aprueba-informe-sin-cambios-lenguaje-inclusivo-constitucion\\_2416043/](https://www.elconfidencial.com/cultura/2020-01-17/rae-aprueba-informe-sin-cambios-lenguaje-inclusivo-constitucion_2416043/)
- Corsellis, Ann (2003). Directrices de trabajo con intérpretes. *Registro nacional de intérpretes en los servicios públicos*.
- García Espinosa, A. (2020). *Teoría vs. Realidad: el rol del intérprete en el ámbito sanitario: una investigación cualitativa sobre la viabilidad de los preceptos teóricos de la interpretación en el ámbito sanitario*. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad de Alcalá]. Recuperado de <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/46430>
- Gil, E. G., de Antonio, I. E., Rodríguez, M. F., Almaraz, M. C. A., Murillo, F. H., Balaguer, M. G., ... & González, A. L. M. (2020). Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el sistema sanitario español: demandas, controversias y reflexiones. *Revista española de salud pública*, (94), 13.
- Gil-Borrelli, C. C., Velasco, C., Iniesta, C., Beltrán, P. D., Curto, J., & Latasa, P. (2017). Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gaceta Sanitaria*, 31, 175-177.
- Jacobs, E. A., Lauderdale, D. S., Meltzer, D., Shorey, J. M., Levinson, W., & Thisted, R. A. (2001). Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients. *Journal of general internal medicine*, 16, 468-474.
- Moreno Córdoba, M. A. (2021). *Dignidad humana y reconocimiento. Una propuesta en torno a la vida y la muerte para la comunidad neurodiversa*. [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana]. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10554/53328>

- Navaza, B. (2014). Interpretación sanitaria y mediación intercultural. *International Medical Interpreters Association (IMIA)*. Recuperado de <https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/137048.pdf>
- Organización Médica Colegial (2011). Código de Deontología Médica.
- Palacio Alonso, E. (2018). Ser y estar en la profesión: la enseñanza en grado de los aspectos deontológicos de la traducción y la interpretación. *CLINA*, 4-2, 47-63. <https://doi.org/10.14201/clina201842>
- Perera, Y. (2022). Una persona con autismo es como un extranjero en su propia tierra. *ELMUNDO*. Recuperado de <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2022/02/18/620b7cefc6c83f0028b4592.html>
- Quejido Alonso, O., Biscaia Fernández, J. M., Campos Carrión, S., Conejo Abril, V., García Buendía, E., García Mederos, E. Y., ... & Caballero de la Torre, V. (2022). Neurodiversidad: Filosofía y sociedad. [Proyecto de innovación, Universidad Complutense de Madrid].
- RAE [@RAEinforma]. (2020, December 14). #RAEconsultas El uso de la letra «e» como supuesta marca de género inclusivo es ajeno a la morfología del español [Tweet]. Twitter. <https://twitter.com/RAEinforma/status/1338435132861128706>
- Rae, R. A. E.-. (s. f.). Código deontológico. *Diccionario panhispánico del español jurídico - Real Academia Española*. <https://dpej.rae.es/lema/c%C3%B3digo-deontol%C3%B3gico>
- Rodillo, B. E. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 52-59.
- Sanz-Moreno, R. (2017). Dilemas éticos en interpretación sanitaria. El médico entra en el aula. *Panace@*, 18(46): 114-122.
- Servicio de interpretación sanitaria y servicios sociales de Irlanda del Norte (2004). Código ético y directrices para la buena práctica para intérpretes. Recuperado de [http://www.saludycultura.uji.es/archivos/NIHSSIS\\_CoE\\_and\\_Good\\_Practice\\_for\\_Interpreter\\_\(NIreland\).pdf](http://www.saludycultura.uji.es/archivos/NIHSSIS_CoE_and_Good_Practice_for_Interpreter_(NIreland).pdf)

- Slemp, K. (2020). Latino, Latina, Latin@, Latine, and Latinx: Gender Inclusive Oral Expression in Spanish. *Electronic Thesis and Dissertation Repository*. 13-131. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/7297>
- Vidal Rodríguez, M. (2022). Jóvenes con autismo: perspectivas sobre la vida cotidiana. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de A Coruña].
- Visée, V. (2022). El uso del pronombre neutro elle y de la terminación neutra"-e" en español contemporáneo. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad de Liege].
- World Health Organization: WHO. (2023). Autismo. *www.who.int*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Yuvero, A. C., Cangialosi, F., Yuvero, F. S., & Fabrini, R. (2022). Uso de they como pronombre inclusivo de la tercera persona del singular en artículos periodísticos relacionados con temáticas de género y transgénero. *Anales de Lingüística*, (9), 15-37. Recuperado a partir de <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/analeslinguistica/article/view/4895>

## **Traducción**

Interpreting and intercultural mediation in the health care setting often entails a number of responsibilities in order to ensure the well-being, integrity and health of patients together with medical professionals. However, unfavourable situations may arise for patients who do not fully comply with what is expected or assumed of them. This may be due to identity or sociocultural aspects such as gender identity (taking gender neutral or non-binary as an example, a reality in the English language, with the pronouns they/them, which have no "official" equivalent in Spanish) or neurodivergences (such as Autism Spectrum Disorder, with a wide variety of different experiences). It is possible that in a system modelled by and for a certain type of people, there are others with different realities that may be at risk simply because they have not been considered or have been dismissed altogether due to cultural or language barriers.

In order to guarantee a quality interpreting or intercultural mediation service, it is necessary to draw up ethical codes of conduct, or codes of ethics, which set out the ethical and moral standards to be taken into account when practising our profession. According to the *Real Academia Española*, a code of ethics is the "set of precepts that typify the infractions and sanctions related to the practice of a given profession". However, despite being of vital importance, intercultural interpretation and mediation in the healthcare field is not recognised as a profession. This leads to the lack of an ethical code of conduct at national level that regulates and provides a model for action in certain situations that we may encounter as professionals who are in constant contact with patients from different countries, cultures and identities, together with a medical professional who may not be up to the requirements of the communicative exchange because they have not received such specific training.

Therefore, the main idea of this project would be to resolve the following question: the role and conduct of the interpreter or intercultural mediator in the healthcare setting in situations that may be unfavourable for the patient for sociocultural or gender identity reasons, or for possible neurodivergences. Consequently, this paper will be divided as follows: firstly, a theoretical framework will be presented to explain the basis of this project. This section will analyse literature concerning the situation of neurodivergent patients or those whose trans or non-binary gender identity may be a factor leading to discrimination, specifying the role played by language, since the use of neutrality in language is crucial for the inclusion of various groups of people in what is considered the

norm, cis-heterosexuality. In addition, the opinions of several neurodivergent individuals or those very close to this reality will be taken in order to review the possible difficulties that may be encountered. This is because it is necessary to start from a theoretical basis in order to propose practical ethical principles of conduct.

Secondly, the methodology followed to carry this out will be briefly explained after having searched for the ethical codes from various English-speaking countries, such as the United States or Northern Ireland; in addition, literature from experts in the medical and social fields will be needed to support the proposals to be made. All this collection of information and articles will be carried out through the search tool "google scholar" and the virtual library of the Universidad de Alcalá, "e\_Buah", as well as making use of manuals such as "DMS-5", specialised in psychiatry. If terms need to be defined, official language dictionaries will be used. Thirdly, the different ethical codes of conduct chosen will be reviewed, in order to see where we are coming from and to be able to subsequently contribute to the creation of one adapted to the Spanish healthcare system and which takes into account the sociocultural and identity factors of potential patients whose well-being may be affected; then, an empirical comparison of the ethical codes analysed will be carried out for the subsequent proposal of basic ethical principles to be considered, including the aforementioned patients at risk of exclusion or of suffering medical negligence. Fourthly and finally, a summary of what has been carried out in the project will be presented, as well as its conclusions; furthermore, proposals will be made for future research work that may be related to this project.

Before continuing with this project, it is necessary to define a couple of concepts that will be mentioned throughout this project: neurodivergence and trans and non-binary gender identity. The first, according to a BBC News World article in 2020, "refers to people who have conditions such as dyslexia, dyspraxia, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) or who are on the autistic spectrum". The second concept can be understood according to the explanation given in a CNN Español article in 2021: if we understand that "gender identity is a component of gender that describes a person's psychological sense of their gender", then.

"non-binary gender is a concept used to describe a person whose gender identity is neither male nor female. And here it is essential to understand the difference between gender and sex. Gender refers to the attitudes, feelings and behaviours

that a culture associates with a person's biological sex... In other words, gender is a social construct and a social identity".

Therefore, as we may eventually deal with these realities in the health field, and as it is a universal human right to guarantee fair and quality health care, it is our obligation as interpreters or intercultural mediators to ensure that these patients are treated not the same as others, but in an equitable manner in a public service such as health care in Spain.

Regarding the methodology, we have seen throughout this work that the focus has been on potential foreign patients who may present a neurodivergence or transgender identity that potentially puts them at risk of receiving undesirable and unfair health care from public institutions in our country, Spain. Given that the ultimate aim of intercultural interpreting and/or mediation in the healthcare setting is to ensure that patients with linguistic and sociocultural barriers receive medical care that is equitable and fair, we had to specify and particularise this work taking into account this context. As a reminder, we sought to resolve the following thesis: the role and conduct of the interpreter or intercultural mediator in the healthcare setting in situations that may be unfavourable to the patient for sociocultural or gender identity reasons, or for potential neurodivergences. Therefore, in this section we will explain the steps we have followed in order to establish a theoretical framework that sufficiently and capably supports the subsequent proposal of basic ethical principles to be followed when dealing with this type of patient.

First of all, we had to carry out an extensive search for literature related to the points we intended to address. In other words, we had to search, on the one hand, for ethical codes of conduct (or codes of ethics) for intercultural interpreting and mediation in the healthcare field. After carrying out this search on different university websites such as that of the UJI (Universitat Jaume I) and international websites, we decided to review and explain five codes of ethics from three different countries: the "A National Code of Ethics for Interpreters in Health Care", from the "National Council on Interpreting in Health Care", or "NCIHC"; the "AMITAS Code of Ethics for Medical Interpreters and Translators", from the "American Medical Interpreters and Translators Association", or "AMITAS"; the "Guidelines when Working an Interpreter" by Ann Corsellis at the "National Register of Public Service Interpreters", or "NRPSI"; the "Code of Ethics and Guidelines for Good Practice for Interpreters" by the "Northern Ireland Health and Social Services Interpreting Service"; and finally the "California Standards for Healthcare Interpreters. Ethical Principles, Protocols, and Guidance on Roles & Intervention", from



the "California Healthcare Interpreters Association", or "CHIA", as they are international benchmarks for our profession. After their intensive review and explanation, as will be further developed in the next section, we will come to the common points and the important new contributions they provided, such as the principles of confidentiality and fidelity, as well as indicating that specific training is necessary to carry out our work as satisfactorily as possible when dealing with realities that may not be understood or considered at a first instance, and for which the interpreter or intercultural mediator must act as a bridge to facilitate communication between the parties and, consequently, for the party receiving the health services to reach and maintain a point of equity with the rest of the patients who do speak the language and share the society and culture of the providers of these services.

After another search through different web domains, we were unable to find a code of ethics for healthcare interpreting in Spain, so we turned to the *Código de Deontología Médica* drawn up by the *Organización Médica Colegial*, or "OMC", since the medical professional and the healthcare interpreter must follow a similar conduct when dealing with patients, despite having different roles. After their respective analysis, we will be able to unravel facts such as that the primary duty of a medical service provider is to treat patients with the utmost thoroughness, professionalism, brevity, and respect, without discriminating on any grounds such as ethnicity, gender, or functional diversity, among others. It will also be possible to see whether the healthcare field is one of constant change and renewal, which is why it should be involved in updating the principles that govern medical practice and adapting them to the needs of different people in a society that is constantly evolving. Having reviewed all these codes, and in line with the focus we were pursuing in this project, we needed to continue our research work. On this occasion, it was necessary to search for literature from professionals and academics in the field through the Google Scholar search tool, using keywords such as "care for autistic patients" or "gender identity", as well as others such as "neutral pronouns in Spanish" or "treatment of people with ADHD", among many others also related to interpreting, such as "healthcare interpreting" or "ethical dilemmas in interpreting". In addition, taking into account the academic value present in our work, research work was carried out through the virtual library of the University of Alcalá, "e\_Buah".

Thanks to this, we were able to find articles written by a wide variety of authors that helped us to outline the work we were doing; and which we consequently reviewed

exhaustively in the corresponding subsections of the theoretical framework: first, in "Neurodivergences"; second, in "(trans)gender identity"; and third, in "Interpretation and intercultural mediation in the health field". All this made it easier for us to organise the basic ideas and points that we wanted to highlight in this work, such as the special needs that autistic people or people with ADHD may require, the discrimination and poor health situation of people within the transgender collective and spectrum, and the professional work of interpreters or intercultural health mediators in our country, among many others. Due to these steps we have followed, it could be said that in this work we have chosen an exploratory methodology based on literature review and content analysis from a social, professional, and health perspective. Consequently, and in relation to this social character, we also considered it necessary to review various points of view of professionals related to the fields we were dealing with. This was done through articles from magazines such as *BBC NEWS Mundo* or *El Confidencial*, among others; as well as through the famous social network Twitter. In addition, on specific occasions, official dictionaries of the language, such as that of the *Real Academia Española*, were used to provide the definition of certain terms. However, due to a lack of resources, it has not been possible to opt for a methodology more focused on obtaining first-person results through the exercise of health interpretation work, by interviewing foreign neurodivergent or transgender people who may have found themselves in a situation of exclusion and health malpractice in our country, or experiencing it first-hand.

On the other hand, once the review and analysis of the literature concerning the theoretical framework has been completed, the following section will proceed to the review and analysis of the aforementioned ethical codes of conduct, as well as to the proposal of the basic deontological principles that we have been pointing to throughout this work. This proposal will be carried out by alluding to everything we have seen up to this point, that is, to the aforementioned literature on neurodivergent people or people possibly discriminated against because of their (trans)gender identity, as well as to the professional health interpreters in the last subsection of the theoretical framework. More specifically, the main and most important ideas we arrive at from the different ethical codes of conduct will be taken as a reference and brought to the realities we are focusing on in order to conclude the elaboration of said a proposal.

Finally, a conclusion will be drawn with the ideas we have managed to reach throughout this project, with a brief mention of each one of them, as well as proposing

topics to be dealt with in possible future research or practical work within this academic, professional, social, and medical environment.

Regarding the analysis, the code of ethics drawn up by the NCIHC proposed nine main ideas for interpreting in the healthcare field. The first of these stated that the contents of the code were abstract and that the code "cannot and does not provide definitive answers to all possible dilemmas or options that an interpreter may face". Furthermore, this section also speaks of the respect that all members of the profession must have for the healthcare interpreter, since the purpose of both the doctor and the interpreter is to ensure the well-being of the patient, and this would not be possible without the latter breaking the language barrier (NCIHC, 2004, pp.7-8). Therefore, we could infer that our work and professionalism depend largely on our judgement and professional training in the field, as there may be a wide range of situations that are not covered by a code of ethics, especially if we focus on one that encompasses trans and neurodivergent realities. However, this does not imply that these realities can be ignored, but quite the contrary. It could be said, then, that the interpreter is in a unique position of power vis-à-vis the other parties, and it is therefore the interpreter's duty to break down any barriers, while accommodating the needs of the parties. This may mean disclosing, with the patient's permission, their pronouns and name, as well as any other information of interest or in relation to a possible neurodivergence, in order to ensure their well-being and that they receive medical treatment that is fair and accommodated to their needs..

The AMITAS Code of Ethics adds other ideas that may be of considerable relevance, such as that the interpreter or intercultural mediator "shall consider all information acquired and/or transmitted during interpreting as strictly confidential without divulging any part of it unless with the full approval of the patient and his/her physician", and that they "shall strive to improve the communication process between all parties by providing information and guidance on the communication needs involved in the interaction" (AMITAS, 2009, p. 1). Of these two it could be said, from the point of view of this project, on the one hand, that absolutely all information gathered about patients while performing our professional work must be confidential, i.e. it cannot be shared with anyone outside the medical team concerned. This is of particular importance because the privacy of our patients is a key element for their safety, since their mere existence already puts them at risk within a system that excludes and discriminates against them. Therefore, it is the professional duty of interpreters in this field, especially when

dealing with this type of patient, to guarantee their safety, so that they do not reveal a patient's neurodiversity or their gender identity. On the other hand, it is specifically stated that there may be patients with diverse communication needs. As we have seen, neurodivergent people fall into this group for various reasons, as they may not be able to communicate clearly or may communicate too sincerely. Our role, then, would be to inform the medical professional of the needs of these patients and to educate them on how we might treat them. At no time, however, should anything be imposed, but rather we should work together to ensure that the treatment of the patient is satisfactory and fair. Moreover, this could not be achieved without the interpreter or intercultural mediator having specific training in the field. The latter is related to another of the ideas outlined in this ethical code of conduct: "the interpreter shall not accept any assignment for which he or she is not suitably qualified, either in terms of linguistic knowledge or understanding of the subject matter" (AMITAS, 2009, p. 1). This is because it is very difficult to successfully interpret and mediate between the two parties if the special needs that one of the parties may have are unknown.

It is also important to highlight what we have analysed from the NRPSI, as it indicates the conduct to be followed when working with an interpreter by health service providers, such as allowing the consultation more time than usual. In addition, for interpreters it indicates that they should, when the case requires it, such as a child abuse case, select an interpreter whose gender is appropriate for the consultation; as well as alerting both parties to an erroneous cultural inference, i.e. that knowledge of a fact has been assumed, when it may not be the case in one culture or the other (NRPSI, 2003, p. 2). This, in the first instance, makes it clear that it is the responsibility of both the doctor and the interpreter or intercultural mediator to ensure the well-being of the patient by working as a team. In addition, time in consultation is mentioned, which is relevant as not everyone, even if the illness or medical condition may be similar, has the same needs. This is the case for neurodiverse people, who may need more time than usual to understand a piece of news in the consultation; more time than usual would also need to be spent on adapting the consultation to the needs of these people, as well as transgender people, emphasising that it is a safe space free of prejudice and demonstrating that this is the case if necessary. Both parties should also be alerted, if we as interpreters or mediators notice it, of any inferences that may lead to cultural or social conflict. Dealing with diverse realities would require being open-minded and easily adaptable to any situation

that may arise, without falling into the error that we can control absolutely everything that happens in health centres and giving ourselves the professional and personal space to learn from our mistakes, improve and continue to carry out our important social work, as the figure of the interpreter is often the only bridge or "lifeline" that these often excluded groups of people have to access the health system, as indicated by authors that we have reviewed throughout this work, such as Navaza (2014).

Regarding the NIHSSIS, they proposed points that could be very interesting due to their social nature, an aspect that we are investigating in this work, such as not discriminating against anyone for reasons of class, sex, sexual orientation or disability, among others. Likewise, we were told that one must be attentive and sensitive at all times to the client's individual and personal needs, desires, and background (NIHSSIS, 2004, p. 6). This is something we have been inferring and proposing from the other code seen. However, as it is specifically written in this code, it could be said that, in the first place, it is recognized that there are people or groups that suffer discrimination for the reasons stated above; and that, secondly, for this reason special attention must be paid and treatment according to the needs of these people or groups must be provided. We are not all the same nor do we have the same circumstances at all times, so a system that only collects and fairly cares for only one type of patient should be pointed out and considered inefficient. From this also arises our need as future professionals in the field of health interpreting and intercultural mediation to shed light on certain realities, such as those of neurodivergent or transgender people, who may be suffering discrimination and poor medical care by the Spanish health system. Another very important aspect to regulate who is prepared and who is not to carry out an interpretation assignment satisfactorily is the rules proposed by the NIHSSIS when caring for a vulnerable adult or children: "the interpreter must go through a pre-employment counseling service (PECS) check to reduce any risk to such vulnerable individuals" (NIHSSIS, 2004, p. 7). As this is regulated, certain conflicts resulting from misinformation or ignorance of neurodivergent and transgender realities can be prevented from taking place, since only those who are prepared will be able to carry out their professional work in these cases. This would be of great help and convenience to implement in the practice of Spain, whenever possible, to move towards an increasingly equitable and competent system.

Finally, we have seen that CHIA bases their code on the point that they intend to increase equal access to health care through the development and promotion of the health

interpreting profession; as well as the defence of culturally and linguistically appropriate services; and the education and training of health professionals. Furthermore, it was delineated that developing cultural sensitivity and receptivity is a lifelong process that begins with an introspective look at oneself (CHIA, 2002, pp. 1-11). We could say that this constitutes the starting point for providing a fairer intercultural interpreting and mediation service in the field of health care, which can evolve and consequently specialize, if necessary, in the reality of many patients, such as their identity, gender or neurodivergence; which would be of special relevance for all that we have been reviewing up to this point. In addition, this point is fundamental and should be the basis of all, since ours is a profession closely linked to the social; therefore, it will also be the basis of what will be proposed in the next section of our work. Another aspect worth highlighting is educating health professionals, a role that we believe should not be carried out from an activist position to avoid misunderstandings or offenses, but from a more understanding and assertive position regarding their situation, since they may not have encountered any of these realities in which we are focusing, and therefore it is understandable that they do not know how to act in such a case. In other words, we must educate from an understanding place.

Another of the aspects proposed by CHIA was one related to the transmission of the message, both verbal and non-verbal, and indicated that the parties should be made aware of vocabulary words or other expressions that may not have an equivalent in the target language. Consequently, it was recommended that all professionals in the field (and not only interpreters) continue training continuously in order to increase their knowledge about the similarities and differences between the various cultural groups and to develop skills to create, adapt, and put into practice a type of special strategy to overcome these cultural differences (CHIA, 2002, p. 31), which is similar to what is proposed by the *Código de Deontología Médica Española*. This is relevant if we take into account the neutral pronouns that we have reviewed previously and that are so important for many transgender people, forming part of their identity. We have seen that this may be the case of the personal neutral pronoun used in the English language to refer to someone whose gender is neither masculine nor feminine, the personal pronoun “they”, whose possible equivalence in Spanish *elle* is not yet sufficiently expanded and, therefore, it is not sufficiently coined or accepted by public entities such as the health system. Therefore, our duty would be to alert the transgender patient and to educate the medical service

provider to ensure that the rights of the former are not violated, as well as that fair and quality medical care is offered.

This Californian association recognizes that people who do not speak the language can experience discrimination not only by providers and health personnel, but also by legislation, policies and practices throughout the system, therefore indicating that one must frequently advocate for the rights of such people; although not without first asking what changes are necessary to meet the patient's needs, what options exist for them, who can carry out the positive changes and if the patient agrees with this line of action (CHIA, 2002, p. 45 -55). We can see how, once again, it is stated that the country's system, and not only its health system, has a fundamental role in guaranteeing the rights of the patient who requires health care and encounters the sociocultural and linguistic barriers that we have been mentioning throughout this work. Therefore, we could infer that, if a profession such as intercultural mediation or interpreting in public services is not regulated, as is the vast majority of the health field, we will not be able to dictate an appropriate and specific conduct that supports and defends the health and well-being of some patients excluded by said system(s), which is also defended by Sanz-Moreno (2017). Following this idea, and consequently, it would be impossible for us to interpret for a patient belonging to another culture if we do not consider, or do not directly understand, the contextual framework, that is, the culture and society, from which they come, nor the possible difficulties that they will find in ours. It is for this reason that the role of the intercultural mediator or interpreter is of vital importance; literally, if we add the reduced life expectancy of neurodivergent and transgender people to the exclusion that foreigners also suffer, as indicated by Jacobs et al. (2001). This figure would be the only one in a position to manage and guide the situation, since they are the only one capable of understanding what is happening between the healthcare provider and the patient. Bringing this fact to the focus of this project, it would fall again to the interpreter to recognize the sociocultural, identity and linguistic signs directly or indirectly inferred by the patient, also mentioned by Navaza (2014), in terms of their gender identity or neurodivergence.

All these deontological points proposed by the ethical codes of conduct are very similar to those proposed by the *Código de Deontología Médica Española*, since it aims to ensure the commitment of the health sector with the society in which it provides its services, taking into account culture, sex, ethnicity and other aspects of the patients and not discriminating against them for these reasons nor for any other. The doctor's job

would be, rather, the opposite: to promote health and guarantee a quality health care service that includes everyone indiscriminately (OCM, 2011). Therefore, once again, we see how these principles proposed by the deontological codes for health interpretation from other countries can be transferred to ours, since there is already one for the medical profession that has the same purpose. We could consider, then, everything exposed and discussed in this section as the critical base on which the basic principles of ethical conduct of the next and last section will be built.

As it has been seen, we have focused in this work on the different ethical codes of conduct for interpreting in the healthcare field in other English-speaking countries, such as the United States, and on the code of medical ethics in Spain. The main purpose of this has been to look at their different proposals in order to discern what could be used and put into practice when dealing with patients from other countries and who are neurodivergent or transgender. Consideration should therefore be given not only to the cultural background that these people may have, but also to the individual characteristics of each of them that may be decisive in providing a quality health care service. These features could be, among many others that we will see in the following subsections, the pronouns with which they identify themselves or the sensory stimuli that may make it difficult for them to visit the health centre.

Following these ideas, by way of introduction to the following, we could say that, as interpreters in the medical field, it is essential to understand the unique needs of our neurodivergent and transgender patients. As we have mentioned, each individual may have special needs, so it is vitally important that we are able to identify their potential triggers, which may lead them to have a bad experience, and accommodate those needs. On the one hand, as we have reviewed in the corresponding section, neurodivergent patients may have difficulties in processing sensory information, such as too bright light, loud sounds, or intense smells, among others. It is crucial, therefore, to create a space that is comfortable for them. This could be achieved, following the same examples, by reducing the brightness of the light, giving them the option of wearing headphones or earplugs that reduce or cancel sound, or providing them with a more private and adapted area for consultation. In addition, they may also have problems communicating, so it is crucial to allow them enough time to express themselves, and to keep in mind alternative ways to encourage or enable such communication, such as in writing or through the use of pictures. On the other hand, as we have also seen throughout this paper, trans patients



may need to be treated more sensitively, especially in terms of privacy and respect. It is really important, as some codes indicate, to ask the patient for their preferred name and pronouns and to use them accordingly to identity. Also, these patients may have suffered some traumatic experience in relation to their gender identity in the past, so it is vitally important to provide them with an atmosphere in which they feel safe and accepted. This can be achieved by ensuring that the team of medical professionals involved in the case are aware and educated about trans issues and the problems they may have, as well as being able to use a more neutral range of language if the situation requires it.

Additionally, it may be the case that a situation may trigger negative consequences for these two groups of patients, such as being in crowded waiting rooms or undergoing medical procedures that are very invasive. To accommodate their needs, we could make use of, again, sound-cancelling earplugs, private waiting rooms or make use of other methods of distraction such as music or guided meditations during such procedures. It is also essential, from an interpreting point of view, to be aware of the cultural background of patients and the impact this has on receiving medical treatment. As we have seen, in some cultures mental health or gender identity may be stigmatised and therefore patients may not feel comfortable to share certain things or show certain traits openly. In addition, language barriers, including dialects or regional variations, also influence treatment. Consequently, our work as intercultural mediators or interpreters must be very much in tandem with the medical staff and the patients to ensure that their needs are met and that they feel comfortable to talk about possible issues that require special sensitivity. Finally, we could say that, as interpreters in this field, our role is not only to facilitate communication between patients and medical providers, but also to ensure that these patients receive the care they need in a safe and supportive space. This, of course, includes understanding the special needs that these patient groups may present, as well as taking the necessary steps to accommodate them. By being aware of these triggers, making alternative forms of communication available and creating a welcoming atmosphere, we can help these patients feel heard and valued within a system that may not be including them. This could ultimately lead to more promising medical outcomes for these groups of people who are often not in optimal health. For these reasons, we will now turn to the proposal of basic deontological principles that meet all of these requirements.

As we have been announcing throughout the project, in this section we are going to propose some basic ethical principles to be followed when dealing with migrants who

do not speak the language in which the health system is developed, and who also present identity characteristics such as neurodiversity or transgender identity. In the previous subsection we have selected the most important points from the theoretical framework and analysed them critically. Therefore, we have already seen why they are relevant. Consequently, we will now make such a proposal based on this critical position, while adding and proposing more specific solutions to some of the problems that we will raise as examples. This will be done following the basic deontological principles common to all codes of conduct for healthcare interpretation: the principles of autonomy, confidentiality, veracity, impartiality, professionalism, and advocacy.

Regarding the principle of autonomy, our proposal for dealing with foreign neurodivergent or transgender patients is as follows: the interpreter and/or intercultural mediator must respect the patient's capacity for free choice, but must ensure that they are fully and completely informed of all their rights and of everything that is happening at any given moment, whether in or out of the consultation room. In addition, they should be informed of the possibilities or alternatives they may choose if they are for any reason dissatisfied with the care they have received or are about to receive. At no time should decisions be made for the patient, although advice may be given if deemed appropriate. For example, if the patient is an autistic person with hearing hypersensitivity and is unaware that sound-cancelling or sound-reducing earplugs can be provided, the patient could be informed of this possibility and given space and time to make a decision. The patient may also be offered a change of venue, having informed the health care provider in advance, and if possible, if for some reason the first choice of venue is in a busy or hectic place, although this is not usually the case. Also, if the patient needs any special treatment, this information could be recorded in their medical record or in a "comments" section following, for example, the DSM-V manual; as well as the language they need to communicate in, so that they are prepared for any future consultation of any kind.

This is related to the principle of confidentiality: under no circumstances should the interpreter or intercultural mediator disclose the patient's neurodivergent or transgender status, or the special needs arising from it, to anyone outside the medical staff essential to treat the patient in a fair, equitable and dignified manner. This is because they may be part of groups or communities that do not understand or are not tolerant of these realities and could put them at risk. This principle, as we have seen, is also included in the *Código de Deontología Médica Española*, and should be indisputably applicable to

the professional work of the interpreter or mediator in the healthcare field. Moreover, we have argued that these two parties should work as a team, so that these language and cultural professionals should not be denied such confidential information either. An example where this principle could be applied would be when a migrant and transgender person comes for an initial consultation. If the interpreter or intercultural mediator detects that the patient is using specific pronouns and the doctor is using others, both parties should be alerted of the situation and the possible conflict arising from this. Firstly, we would indicate to the patient whether they wish to communicate their gender identity and pronouns to the other party so that they do not continue to fall into error, and then communicate it with respect and understanding to the health care provider. It could then be recommended that this information, together with the patient's language, be kept in the "comments" section mentioned above, so that such misunderstandings do not occur in the future. This information will obviously be strictly confidential and will only be disclosed to the medical staff concerned, i.e. to those professionals who are in direct contact with or treating this example patient.

As already mentioned, the principle of veracity is naturally relevant. When dealing with transgender or neurodivergent patients, even more so. The intercultural mediator or interpreter should convey the message as it is delivered by any of the speakers, obviously alerting them of possible misunderstandings of a cultural, social or, in our case, identity nature. If this is the case, the mediating figure should alert the parties of possible misunderstandings or if one part of the intentionality of the original message may be ignored by the other. An example of this was already discussed in the previous subsection when talking about the refusal of some autistic people to look directly into the eyes or to be excessively clear and direct when speaking. Another example might be that autistic people do not understand the use of metaphors or analogies when explaining a medical procedure or illness, or any other piece of information given by the practitioner, because of their neurodiversity and not only because of their inability to communicate in the language of the health care provider. The mediating professional should then alert the concerned party of the situation and suggest that they adapt their speech in such a way that it is more direct for the potential neurodivergent patient to understand. The opposite may also be the case, where the doctor may consider it impolite to express themselves so directly, which would require clarification. This, as mentioned in the previous paragraph, could be written down in "comments", in case it is not the same medical staff who attends

to the patient in the future. Non-verbal language is also an indisputable part of this type of persons, as we have seen that they are often unable to physically show what they are feeling inside. Therefore, if the mediator or interpreter detects this, the initiative could be taken to suggest to the provider to respectfully ask how the patient thinks they feel and if they have any doubts that can be resolved. This could help them feel more understood and included.

Another basic principle we would like to propose is related to the deontological principle of impartiality. While it is true that the interpreter and/or intercultural mediator should not take sides or favour any of the parties, they should understand the circumstances of the neurodivergent or transgender patient that may put them at a disadvantage compared to other patients, and act accordingly. This, however, would not be a circumvention of this principle, but simply demonstrating the social and cultural awareness necessary to perform the all-important interpreting and mediating work in health care services in an appropriate manner. It would not be a treatment of favour to help such patients to be able to access the same services as other patients who do not have this kind of "disability" caused by a system that does not include them. It should be made clear that we do not understand or use the word "disability" with the stigma and prejudices associated with it, but rather in a vindictive way: it is not the problem or responsibility of the patient who is unable to cope in a system that is not adapted to their needs, but quite the opposite. It is the system, in this case the health system, which must guarantee that all patients, whatever their cultures or identity traits and characteristics, receive fair, equitable and quality health care. Therefore, if the system fails in this, it is causing a disability in these patient groups. An example of such a failure to adapt and cause disability in patients would be the use of signs or symbols in healthcare facilities that are, firstly, in another language; and, secondly, that are not easy to identify or find. For a migrant person with ADHD, for example, it might be very difficult to recognise a common sign, such as a toilet sign, if it is not sufficiently visible. Therefore, the system would be excluding them, and the task of the mediator or interpreter would be to remedy this type of situation.

Following this idea, and in connection with the principle of professionalism, this mediator should always be aware of all these possible situations. To achieve this, they should be specifically trained in the various areas in which they want to work or in which they want to be constantly engaged. However, they should not play a role for which they

would not be qualified, such as being a psychologist for a transgender patient with mental problems such as depression or anxiety. In other words, they should always make their limits clear, although they can accompany and facilitate communication with their patients who are not able to do so on their own. Here we come to the idea that these communication professionals should also be aware of tools that facilitate communication. Tools that can also be of great help to migrants and people with neural diversity who cannot communicate easily. An example would be an autistic person who, in addition to not speaking the language in which the health system is developed, cannot communicate verbally if they find themselves in a stressful situation, such as going to a health centre that they do not know, do not understand, and for some reason of medical discomfort. Therefore, one of the tools that could be used would be "ARASAAC", the *Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa*. This tool aims to adapt language to express and explain the information emitted and to compensate for the communication difficulties of some people by means of a pictographic system of communication without making complex use of language. By using pictograms adapted to different medical processes and languages with which the interpreter or mediator usually deals, not only would it be easier to break the language barrier, but it would also help some neurodivergent people to better understand and digest the information. For this purpose, (freely usable) images should be chosen on this portal that are adapted to the needs of the individual patient. This, however, could only be done with a broad knowledge of neurodiversity. Then, when selecting the information to be given in writing (and maybe at the same time as these pictograms), such as an informed consent, the format would have to be adapted and a language suitable for this type of patient would have to be chosen. This would be using easy-to-understand words and examples, or by repeating recurring concepts or avoiding metaphors, among others.

Finally, we come to the principle of advocacy. If we talk about migrants neurodiverse or transgender patients, this principle is of particular interest. Our proposal is that the interpreter and/or mediator should first of all be aware of the kind of difficulties and discrimination experienced by these patients and reflect on why this is the case. Then, they should have a clear plan of action in case of a conflict with any medical service provider. While it is true that steps should be followed to help them make decisions, such as those discussed in the previous subsection, it should also be considered that advocating for patients' rights is a duty for both doctors and patients. Therefore, this decision-making

process should be about choosing the option that is in the best interests of those patients, rather than about deciding whether or not to act, since we have concluded that to fail to act in a situation of discrimination is to indirectly support such discrimination. First, such potential discrimination should be identified, and the parties should be alerted. Then, if the discriminatory attitude persists, we should evaluate and reflect on the next step to take. Once this reflection has been done, the affected party should be informed of the situation in its entirety and, if it is the patient, informed of the options and alternatives available to them to report the situation if they wish to do so. Finally, the patient's decision should be respected, and they should be accompanied and helped as much as professionally possible. In addition, in the event that the morale of the interpreter and/or mediator does not allow them to continue with the intervention, they should stop the intervention after having informed the parties of the reasons and having followed the same process with the party they believe to be discriminated against. An example of a situation in which this principle and its consequent process could be applied would be one in which a health care provider refuses to treat or treats a transgender patient unfairly and unprofessionally because of their gender identity. As stated in the *Código de Deontología Médica Española*, no one should be discriminated against on this basis, and to do so would be to engage in medical malpractice. Therefore, if the interpreter or mediator becomes aware that this is the case, they would be well within their rights to advocate for the patient and to report the situation.

In other words, and by way of simplification, when dealing with transgender or neurodivergent migrant patients, the intercultural mediator and interpreter should act according to the above principles in order to achieve the following: firstly, that the patient's decision-making capacity is respected and that they are allowed to decide for themselves after having been fully informed; secondly, that any information shared with the interpreter or mediator will be treated confidentially and will only be used for the benefit of the patient and to improve the quality of the health care they receive; third, that all information of a personal, cultural, social and identity-related nature, in addition to medical information, shall be transmitted truthfully and in accordance with the needs of the parties, especially if they may be in conflict due to lack of knowledge or ignorance of neurodivergent or transgender realities; fourthly, that we must be aware of the (possible) circumstances of the types of patients we are focusing on and act accordingly if we want to achieve true impartiality that does not discriminate against them by not including them

and taking them into account when being treated; fifthly, that we must be professional and set limits at all times, as well as be in constant training and learn and apply new techniques that facilitate communication between the parties so that a situation of inequality and discrimination does not arise; finally, that one should advocate for the patient if they are discriminated against recurrently after having alerted the other party of this, provided that a decision-making process has been followed to ensure that the patient's rights are respected and in accordance with the principles outlined above, as they have been developed and adapted in such a way that they are complementary.

As a conclusion to this section, it should be remarked once again that there are people, such as the ones we are talking about, who are discriminated against, consciously or unconsciously, by a system whose ultimate and main task is to ensure that they receive fair, dignified, equitable and quality health care and treatment. However, the realities of these people, as we have seen and analysed, are on numerous occasions factors that determine and damage their health, being risk factors that can lead to death. Our role as professionals in the field of health interpreting and intercultural mediation is to try to break down not only the barrier that language almost always represents for foreigners, but also all the difficulties, whatever they may be, that these people have in accessing this health service in an equitable manner. Moreover, this is not only our responsibility, for as has been indicated throughout the project, we must work as a team with health service providers to make this happen, as we cannot achieve everything on our own. Furthermore, it is important to highlight the need to make all these problems and issues visible so that, by putting them in the spotlight and denouncing them with respect, understanding and the desire to contribute positively to society, a change for the better in the healthcare system can be initiated and achieved, as would clearly be the full inclusion of the named patients. Therefore, we consider that this proposal of basic ethical principles to be followed for a possible future creation of a specific code of ethics or manual for dealing with such people in the healthcare field is naturally necessary so that other professionals in the field can come to consider these realities and begin to train and act accordingly.

In the last section of this paper, we will propose what other research can be carried out in this socio-health field, since it is very likely that other realities different from the ones we have seen in this project also have difficulties not only related to language and therefore suffer some kind of discrimination or are victims of medical malpractice. Finally, it could be said that we have answered the question that was our starting point,

since we have explained what various codes of ethics consist of and what they propose, we have reviewed the discrimination suffered by neurodivergent or transgender people and for what reasons, as well as our role as interpreters or mediators in the health field; and, finally, we have arrived at the proposal of a basic and specific conduct based on the most recurrent and important deontological principles.

Following this, it should be noted that this project has not included other realities that are marginalised and excluded from the system, such as migrant women who suffer gender-based violence, or other individuals who suffer any kind of discrimination and medical malpractice due to their religion. Therefore, for future research projects in the field of healthcare interpreting, some of the questions we could seek to resolve are the following: as interpreters, how should we act when we encounter a victim of gender-based violence from another country who does not speak the language? What measures and steps should we take, in collaboration with medical staff, to guarantee her safety? What aspects or behaviours derived from a religion can determine exclusionary medical treatment, and how can we solve this problem as interpreters? These, however, are just a few examples of how much research still needs to be done in this field. From our point of view, we firmly believe that we cannot achieve a fairer and more equitable society if measures that promote and ensure the inclusion of all types of people regardless of their ethnicity, religion, culture, gender, mental capacity, or economic situation, among others, are not implemented from the most vital systems, such as the health system, and if it is not guaranteed, in collaboration with all those who can collaborate in this, that these patients receive a more dignified and equitable medical service. Therefore, we can conclude that the work of medical interpreting is fundamental both for medical professionals and, in this case, for transgender or neurodivergent migrants.